

L'ODONTOLOGIE

40e année. Vol. LVIII. | N° 1. 30 JANVIER 1920

PF 92

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris

40e année. — 1er SEMESTRE 1920 — Vol. LVIII.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE

PARIS-IXe *Téléphone : Central 23.0*

ABONNEMENT :

FRANCE......... 15 fr. | UNION POSTALE...... 20 fr.

Le Numéro : 1 fr. 75

40e ANNÉE. N° 1. 30 JANVIER 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE MOLAIRE PERMANENTE AU POINT DE VUE DE L'ORTHODONTISTE

Par J. T. QUINTÉRO, de Lyon.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 4 novembre 1919.*)

Les spécialistes de l'orthodontie discutent depuis de longues années, sans arriver à se mettre d'accord, sur la question de l'utilité des extractions pour faciliter les traitements d'orthopédie dento-faciale. Ils en sont arrivés à se diviser en deux écoles, dont l'une, suivant l'enseignement de C. S. Case, de Chicago, admet l'utilité des avulsions dentaires dans certains cas, et dont l'autre, formée des élèves de E. H. Angle, proscrit formellement toute extraction. Assurément, pour nombre de questions, l'union est faite entre les deux écoles et personne aujourd'hui ne songerait à entreprendre un redressement sans avoir auparavant remis la bouche de son patient en parfait état, soigné toutes les caries et rétabli la forme anatomique normale de chaque dent. La grande majorité des orthodontistes admet aujourd'hui comme base l'intégrité de l'occlusion : c'est le principe fondamental de toute l'orthodontie. Cette intégrité ne saurait être obtenue sans la conservation, ou du moins sans la restauration parfaite de chaque dent au point de vue anatomique. Je n'ai pas besoin de rappeler les raisons qui ont fait choisir la première molaire permanente comme clef de l'occlusion, et qui l'ont fait considérer comme l'élément le plus important de toute la denture. Je

veux seulement essayer de montrer que les dégâts causés par la carie ou la perte de la dent de six ans s'étendent beaucoup plus loin que ne le croirait un observateur peu averti. Je rappellerai que certaines forces physiologiques agissent d'une façon déterminée sur cette dent et qu'une cause d'apparence minime suffit à les transformer en forces pathologiques. C'est ce qu'on exprime en disant qu'entre des forces physiologiques et des forces pathologiques, il y a une différence quantitative et non une différence qualitative; il n'y a pas intervention d'une force nouvelle, mais exagération ou diminution d'une force déjà existante; en un mot, il y a une simple différence de degré. Voilà exactement ce qui se produit dans les malocclusions par perte totale ou partielle de la première molaire permanente. Tout se ramène à la question de déplacement des dents vers l'avant, sous l'impulsion de la troisième molaire, en cours d'évolution dans les profondeurs du maxillaire. Nous aurons donc à examiner ce mouvement au point de vue physiologique et pathologique, pour pouvoir ensuite rechercher les conséquences qu'entraînent ses perturbations.

MIGRATION DES DENTS VERS LA LIGNE MÉDIANE.

Une force physiologique déplace les dents postérieures vers l'avant d'un mouvement lent et régulier [1]. Quelle est cette force ; à quoi répond-elle ; d'où naît-elle ; quelles causes en déterminent l'application et la cessation ? Toutes ces questions si complexes, je vais les résumer très rapidement pour faire mieux ressortir la possibilité de déplacements pathologiques de la dent de six ans. Chez le jeune enfant, quelque temps avant la chute des incisives temporaires, nous voyons se créer entre celles-ci des espaces destinés à faciliter plus tard l'évolution des dents permanentes à ce niveau. Ces espaces sont parfois considérables.

---

1. Fr. Trauner, Die Ursachen des Wanderns der Zähne nach vorne zur Kiefermitte. Société européenne d'Orthodontie, Vienne; 1910, p. 258-288. Trad. *in Province dentaire*, 1911 ; vol. 2 ; n° 8 ; p. 361-376 ; 16 fig.

Leur inexistence entraîne le chevauchement des incisives permanentes. Or, des mesures très précises, effectuées principalement en France, ont montré l'égalité absolue dans leurs diamètres mésio-distaux des dents temporaires, d'une part, et des dix dents permanentes qui les remplacent, d'autre part. Il restera donc, après la perte des molaires caduques, un certain espace, qui, trop large pour les prémolaires, ne pourra être comblé que par une antégression de la première molaire permanente. C'est effective-

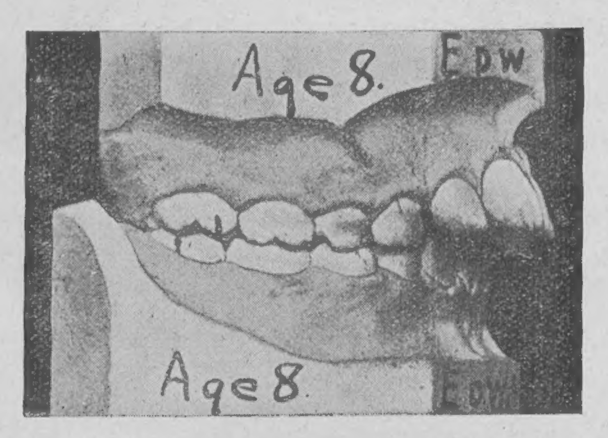


Fig. 1. — Insertion du frein de la joue chez un enfant de 8 ans (d'après Angle).

ment ce qui se produit et nous en avons la preuve indiscutable dans le déplacement apparent en sens inverse du frein de la joue et du trou mentonnier. Dans l'enfance, le faisceau fibro-musculaire du frein de la joue s'insère au niveau de la canine temporaire (fig. 1), tandis que chez l'adulte son origine se trouve reportée en arrière de la première et parfois même de la seconde prémolaire (fig. 2). Le trou mentonnier suit le même déplacement apparent : chez l'enfant il s'ouvre vers la racine antérieure de la première molaire temporaire, en avant ou en dessous du germe de la première prémolaire (fig. 3). Chez l'adulte il s'ouvre entre les prémolaires, parfois même derrière la seconde prémolaire (fig. 4). Les dents se déplacent donc en

avant, mues par une certaine force [1]. Cette force est une composante résultant : 1° des lois de la pesanteur ; 2° des forces déterminées par la mastication ; 3° des forces obliques naissant de la rencontre des plans inclinés des divers cuspides des dents antagonistes. Elle commence à se manifester dès que les surfaces proximales des dents ne sont plus en contact, et cesse dès que ce contact est rétabli. Cette antégression des dents remplit un triple rôle : elle permet

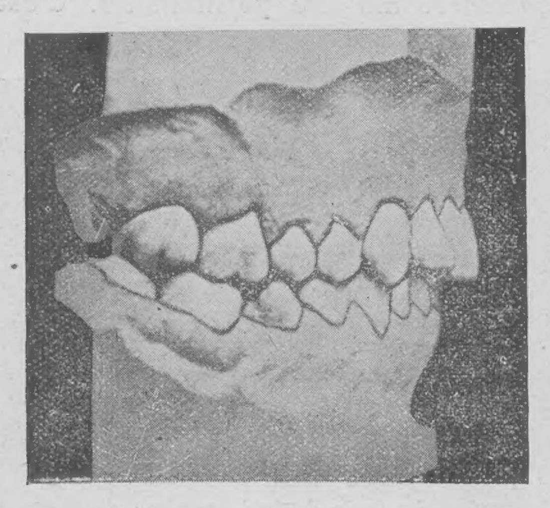


Fig. 2. — Insertion du frein de la joue chez l'adulte (d'après Dewey).

le développement dans le maxillaire de la seconde et de la troisième molaire, ainsi que l'accroissement longitudinal du bord alvéolaire, pour recevoir ces dents ; ce déplacement comble enfin l'excédent d'espace laissé libre, entre la première molaire et la canine permanentes, par les prémolaires, dont les dimensions sont si exiguës. Si l'existence de ce mouvement est indiscutablement démontrée, ses causes déterminantes ne le sont pas absolument [2]. Il reste du moins un fait acquis, c'est que cette migration va se continuer jusqu'à ce qu'un obstacle se présente, capable de

1. Godon Ch. *L'Odontologie*, Paris, 1905, vol 34, n° 11, p. 493, n° 12, p. 557, 1906, vol. 35, n° 3, p. 107.
2. Trauner Fr. *Loc. cit.*

l'arrêter, jusqu'à ce que les faces proximales de toutes les dents se touchent par leurs points de contact normaux. Si un de ces points de contact fait défaut par effondrement d'une face proximale d'une dent, l'obstacle manque à ce niveau et le mouvement se continue au delà des bornes tracées par la nature : la force physiologique est devenue

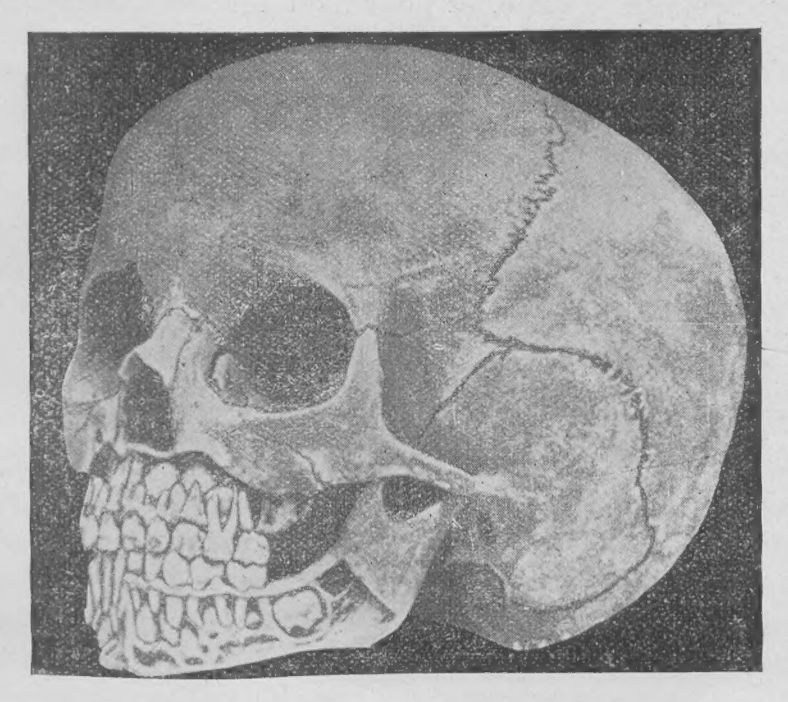


Fig. 3. — A. — Trou mentonnier chez l'enfant (d'après Cryer).

pathologique à partir de l'instant précis où cette limite a été dépassée. Sous cette influence nocive, le mal ne fera désormais que s'accroître si l'on n'y porte remède, car l'équilibre de la mâchoire tout entière a été détruit. Or, pour faire revenir en arrière toute une série de dents aussi solidement implantées dans les maxillaires que les prémolaires et les molaires, il faut déployer une force dont n'est capable aucun des appareils actuels d'orthodontie. N'est-il pas infiniment plus élégant et plus simple de prévenir le mal, que de vouloir le guérir lorsqu'il sera trop tard ? Il suffit d'empêcher les molaires de dépasser leur but et pour

cela il faut appliquer à temps le grand principe de l'intégrité absolue des dents.

Carie de la première molaire permanente sur la face mésiale.

Voyons pourtant quels dégâts se produiront si la première molaire se carie, et pour fixer les idées, admettons



Fig. 4. — Trou mentonnier chez l'adulte (d'après Turner. Spécimen appartenant au Dr Pecco).

d'emblée que l'on a su conserver par des moyens quelconques aux dix dents antérieures toute leur intégrité, alors que la dent de six ans seule a souffert de la carie.

Si la face mésiale s'est effondrée et n'a pas été remplacée, ou si l'obturation qui comble la brêche est trop plate pour reproduire fidèlement la forme anatomique de la dent, cet organe, sous l'impulsion de la force dont nous avons parlé, continuera son antégression et ne s'arrêtera qu'au contact de la seconde prémolaire. Son diamètre mésio-distal est diminué par la perte de substance de la

face mésiale, ou par l'obturation insuffisamment arrondie, et la dent, dépassant sa position normale, occupera une position anormale dans l'arcade. Rien ne pourra la ramener en arrière : par une forte pression dans le sens distal on arrivera à la mettre en rétroversion ; mais, en raison de la forme et de la direction de ces racines, on ne la fera pas reculer en masse. A ce sujet, Dewey [1] écrit : « La perte prématurée des dents caduques ou permanentes a pour résultat une malocclusion parce que les points de contact proximaux de cette arcade ont été détruits, ce qui occasionne un raccourcissement mésio-distal de cette moitié latérale. La perte du diamètre mésio-distal de la moitié latérale de l'arcade est moindre que la perte de la dent entière. La perte du diamètre mésio-distal de la dent provient en général d'une carie obturée d'une manière insuffisante. Beaucoup de malocclusions sont produites par perte ou diminution du diamètre mésio-distal des molaires temporaires. C'est un fait bien connu que les molaires de lait sont plus larges que les prémolaires dans le sens mésio-distal. Ceci a fait naître chez beaucoup de praticiens l'opinion erronée qu'il est possible de permettre la diminution du diamètre mésio-distal de la dent caduque, sans engendrer de conséquence sérieuse. Ce n'est pas vrai. La perte par carie du diamètre mésio-distal d'une molaire caduque aura toujours pour résultat le déplacement de la première molaire permanente. Si la perte est encore plus considérable, elle amènera l'inclusion de la prémolaire. Donc pour éviter la perte du diamètre mésio-distal des dents caduques, il devient nécessaire que le traitement conserve ce diamètre primitif. Il faut les obturer avec une matière qui maintienne ce diamètre mésio-distal. Il est nécessaire de rendre à la dent sa forme, ses dimensions primitives, son contour propre. Il arrive très souvent dans les cavités proximales, mésiales ou distales, qui existent depuis un certain temps dans les molaires et les prémolaires, que les dents se rap-

1. Dewey M. *Practical Orthodontia*, 3e éd., St-Louis, 1917, p. 148 et 149.

prochent, détruisent ainsi le diamètre mésio-distal de la dent et la longueur mésio-distale de l'arcade. Il résulte de la perte du diamètre mésio-distal des dents que les cuspides n'ont plus leur engrènement normal et qu'il se produit une inharmonie entre les dimensions des deux arcades. »

Carie de la face distale.

Dans d'autres cas ce sera la face distale de la première molaire qui sera atteinte, et non la face mésiale. Alors ce sera la seconde molaire dont l'antégression sera trop grande, cet organe ne prenant plus contact normalement avec la face distale arrondie de la première molaire.

Perte de la première molaire permanente.

Mais si la carie a été très étendue, on a pu, pour éviter une pulpectomie, ou à la suite d'un 4e degré compliqué, ou pour tout autre motif, pratiquer tout simplement l'avulsion de la dent de six ans. Les pires dégâts vont dès lors se déchaîner, car il se produit sur les dents restantes, seconde molaire et seconde prémolaire, une combinaison de forces qui ont pour résultat de combler en partie le vide et d'incliner l'une vers l'autre ces deux dents[1]. L'espace jadis occupé par la première molaire sera partiellement comblé par la seconde molaire et la seconde prémolaire, le reste du vide étant rempli à chaque repas par des débris alimentaires (fig. 5). Quelle que soit la cause qui a motivé l'extraction, celle-ci ne reste indiquée que dans les cas d'extrême urgence où le degré de destruction est tel qu'aucune mesure thérapeutique n'est capable de permettre la conservation. Il résulte, en effet, de la perte prématurée de la première molaire toute une série de désordres que nous allons passer rapidement en revue. D'abord l'appareil masticatoire tout entier est déséquilibré par la perte d'une seule molaire, et prédisposé de ce fait aux attaques de la

---

1. Trauner Fr. *Loco cit.*

pyorrhée alvéolaire. Peu importe qu'une seule molaire ait été perdue d'un côté, ou deux du même côté, ou de côtés opposés, ou même que les quatre dents de six ans aient été extraites : il en résulte forcément une malocclusion, quel que puisse être d'ailleurs l'âge du patient (fig. 6). La connaissance de l'âge auquel l'extraction a été faite, permet de prévoir ses résultats. Quelques auteurs ont prétendu faci-

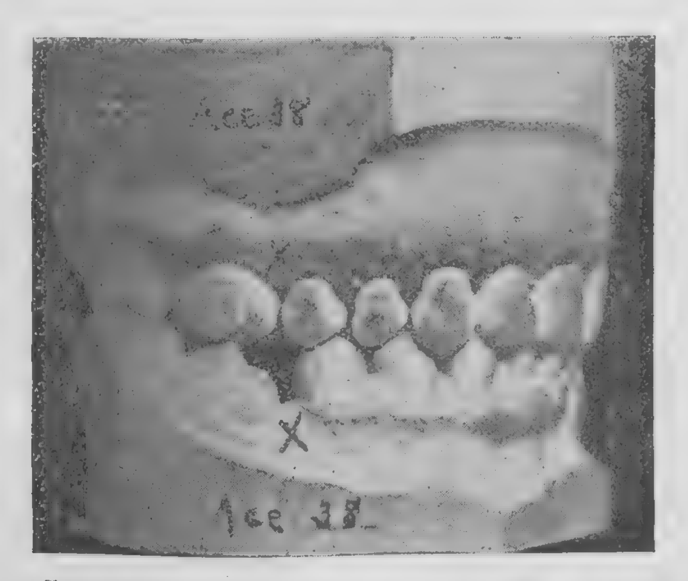


Fig. 5. — Espace laissé par l'extraction de la 1re molaire inférieure presque comblé par l'antéversion de la 2e molaire (d'après Angle).

liter l'évolution de la seconde molaire par l'extraction de la dent de six ans. Un auteur contemporain écrit en effet [1] : « Si l'on extrait la dent de 6 ans, *la position des dents antérieure reste la même*, mais les autres molaires (deuxième et dent de sagesse) se rapprochent rapidement et viennent prendre la place des molaires extraites, en laissant les dents antérieures trop serrées dans le même état. » Cette opinion est erronée et a causé beaucoup de mal : le seul résultat obtenu est une antéversion de la

---

1. Martinier P. *Clinique de Prothèse dentaire et prothèse orthopédique ou orthodontie*, Paris, 1903, p. 201, § 5.

seconde molaire et une rétroversion de la seconde prémolaire. Pour le démontrer van Loon [1] décrit une technique et des appareils qu'il a construits, permettant de se rendre compte que toutes les dents situées en avant de la dent perdue ont une tendance à la rétroversion. Cet effet semble se faire sentir jusqu'à l'autre côté de la mâchoire et on en pourrait probablement déduire qu'il est la manifestation de

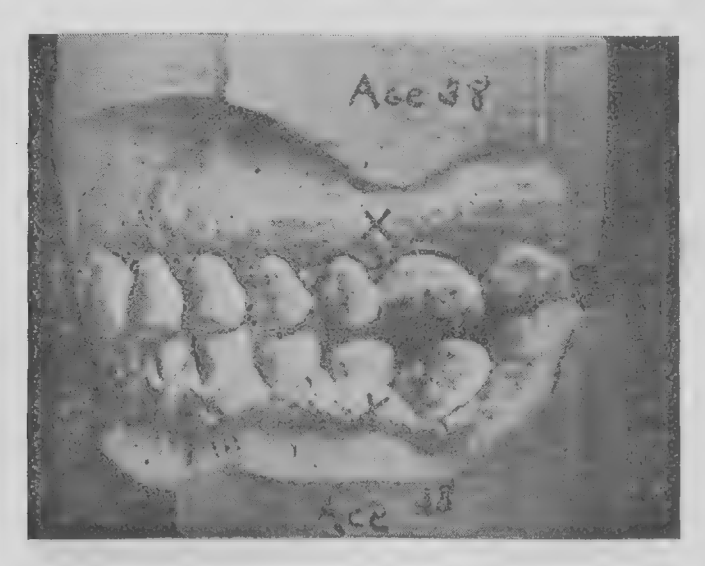


Fig. 6. — Espace laissé par l'extraction de la 1re molaire inférieure comblé par l'antéversion de la 2e molaire et la rétroversion de la 2e prémolaire (d'après Angle).

la force qui pousse en avant les dents de l'hémi-maxillaire sain, comme l'antéversion de la seconde molaire en est la manifestation du côté lésé. Plus tard, les incisives reculent et se chevauchent, l'articulation s'abaisse de plus en plus et l'on voit les incisives inférieures articuler sur le palais, derrière leurs antagonistes. Au point de vue facial, le menton paraît se rapprocher du nez. Il est un peu proéminent, le sillon de la lèvre inférieure se creuse en coup de

---

1. Van Loon, J. A. W. A new method for indicating normal and abnormal relations of the teeth and facial lines. *Dental Cosmos*, vol. 57, 1915 ; n° 9, p. 973-983 ; n° 10, p. 1093-1101 ; n° 11, p. 1229 1235 ; 23 fig.

hache et donne aux lèvres l'expression d'une moue désagréable. La perte des molaires des deux côtés accentue ces défauts et la perte des quatre molaires ne les compense pas, parce que les diamètres mésio-distaux et les formes des molaires inférieures diffèrent de leurs homologues supérieures [1].

PULPITE DE LA PREMIÈRE MOLAIRE PERMANENTE.

Il importe, d'autre part, de conserver la première molaire permanente comme base, comme point d'ancrage. Sans aller jusqu'à cet extrême degré de carie ou d'infection qui nécessite l'extraction, on peut trouver des inflammations pulpaires qui interdisent l'emploi de cette dent comme point d'appui pour les appareils d'orthopédie. Il faut bien se rappeler que, si la pulpe n'est pas intacte, il est dangereux de se servir de cette dent comme ancrage, car tout effort sur elle traumatise davantage la pulpe malade. Si, d'autre part, la pulpe a été extraite et les canaux ont été convenablement obturés, la vitalité de la dent dans son alvéole reste néanmoins insuffisante pour assurer la résistance à la poussée de l'appareil. Il faut avoir recours à des ancrages combinés, comme ceux que nous avons déjà décrits [2]. La même prudence sera observée *a fortiori* lorsque le périoste est atteint : tout ébranlement de la dent, tout effort, devra être soigneusement évité si l'opérateur ne veut pas s'attirer les pires complications en cours du redressement ou du maintien des dents redressées. La face triturante de la molaire est le plus souvent atteinte et nous avons alors affaire à une vraie « coquille de noix » dont les bords s'effritent et se brisent peu à peu. Lentement la dent s'allonge et, lorsqu'on l'examine on ne sait plus qu'en faire : trop cariée pour être obturée, trop courte pour une couronne, il semble que l'organe doive être extrait purement et simplement.

---

1. Dewey M. *Loc. cit.*, p. 145-148.
2. Quintéro J. T. Rétroversion accidentelle de la première molaire au cours des redressements. Moyens d'y remédier. *Province dentaire*, 1912, vol. 3 ; n° 12, p. 434-439, 3 fig.

Nous n'essayerons pas même de solutionner ce problème troublant, car seul nous concerne aujourd'hui le point de vue orthopédique. Nous nous bornerons à examiner rapidement les difficultés de diagnostic et par conséquent de traitement, que fait naître la perte de substance partielle de la première molaire ou son extraction.

Diagnostic des lésions orthopédiques en cas de perte de substance de la 1re molaire.

Nous nous trouvons en présence d'une dent cariée sur laquelle en toute probabilité nous voudrons sceller une bague. Si la pulpe a été atteinte nous abandonnerons tout de suite ce projet pour choisir quelque autre dent à notre convenance, mais si la pulpe est intacte, la dent reste utilisable. Elle est peut-être déjà en contact avec la seconde prémolaire en avant, voire même avec la seconde molaire en arrière. Comment dans ces conditions concilier ces données contradictoires de *restitutio ad integrum* de la forme de la dent, de déplacement de la dent dans le maxillaire?... Le premier pas sera évidemment de séparer la molaire de sa voisine du côté carié. A cet effet, nous ferons feu de tout bois : ligatures diverses, coins en bois, séparateurs en caoutchouc, etc., toutes les méthodes seront bonnes, qui n'augmenteront pas les pertes de substance des dents. On continuera l'emploi de ces séparateurs jusqu'à ce que l'espace obtenu permette d'obturer convenablement la cavité, en reconstituant parfaitement le contour normal de la dent. Nous nous retrouverons alors dans le cas d'une molaire intacte et nous n'aurons pas de difficultés pour le diagnostic, ni le traitement. Toutefois la séparation peut, si elle a été considérable, amener quelques perturbations dans l'alignement des dents voisines. En vue du traitement orthodontique qui suivra, l'importance de ces accidents est minime.

Lorsque la reconstitution de la molaire a été insuffisante on se trouve en présence de réelles difficultés de diagnostic. Nous trouverons, par exemple, telle molaire

inférieure, qui, cariée sur sa face mésiale, aura de ce fait subi une antégression excessive, et qui, une fois en occlusion avec son antagoniste, nous fera par sa position trop mésiale diagnostiquer à tort un cas de la classe III d'Angle (fig. 7), alors que les prémolaires des deux maxillaires s'engrènent parfaitement. On aurait dû dire classe I, on a dit classe III. L'inverse se produit si c'est la molaire supérieure qui a été atteinte sur sa face mésiale : cette fois on dira classe II, alors qu'il eût fallu diagnostiquer classe I (fig. 8).

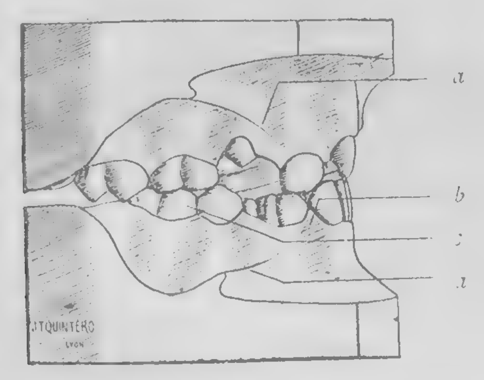


Fig. 7. — Première molaire inférieure cariée sur sa face mésiale, en antéversion et en contact avec la 2e prémolaire.

a) Frein de la joue.
b) Absence de la canine inférieure.
c) Première molaire cariée sur sa face mésiale.

Pour ces cas où les dents restées s'engrènent normalement, le diagnostic reste relativement facile, mais lorsqu'il se complique en outre de malocclusions des classes II et III d'Angle, on peut se tromper grossièrement. Comme du diagnostic découle fatalement le traitement, l'on s'expose à commettre des erreurs d'une importance extrême, sans avoir soi-même de faute grave à se reprocher. Lorsque l'on se trouve, d'autre part, en face d'une dent couronnée, on n'en peut tirer aucun élément de diagnostic ; pour classer la lésion que l'on observe, on se trouve obligé de prendre pour bases des signes complémentaires, en particulier l'engrènement des canines et des prémolaires ; mais les diffi-

cultés nouvelles se soulèvent à chaque pas : ces signes sont difficiles à établir avec exactitude et le diagnostic devient beaucoup plus délicat. Si une ou plusieurs molaires nous manquent, notre embarras reste le même pour poser avec certitude le diagnostic et nous nous trouvons en face de considérations d'un autre ordre, au sujet de la dent qui manque. Faut-il remplacer l'absente par une prothèse? Faut-il agrandir l'espace restant et lui ren-

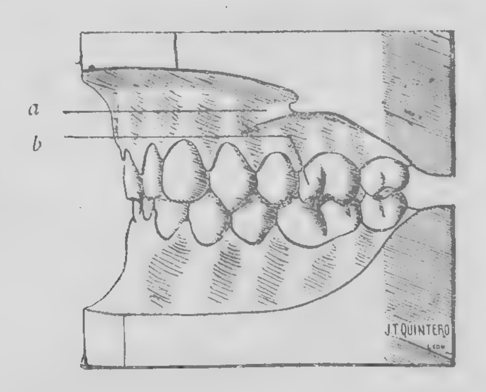


Fig. 8. — Première molaire supérieure cariée sur sa face mésiale, en antéversion et en contact avec la 2[e] prémolaire.

a) Frein de la joue.
b) Première molaire cariée sur la face mésiale.

dre ses dimensions primitives pour que l'occlusion redevienne normale? Faut-il, au contraire, combler cet espace en provoquant l'antégression de la seconde molaire? Faut-il choisir un moyen terme et conserver un espace de la largeur d'une prémolaire et le combler par une prothèse? Autant de questions que chacun résoud à sa façon, suivant les cas. En général, il vaut mieux, semble-t-il, essayer de rétablir les relations normales des deux maxillaires et pour cela donner à l'espace où se trouvait la molaire, ses dimensions primitives [1]. On remplacera la dent par une petite

1. Angle E M. Orthodontia, *in* Kirk, *American text-book of Operative dentistry*, 3[e] éd., Philadelphie; 1905, p. 706.

prothèse, bridge, dentier, suivant les cas. En tout cas, il faut se souvenir que l'on n'aura rétabli l'équilibre normal de l'articulation que le jour où chaque dent s'engrènera normalement avec le plan incliné que lui oppose normalement son antagoniste.

Toutes ces complications sont très graves pour l'orthodontiste, sérieux et soucieux d'éliminer le plus possible les chances d'insuccès. Ces cas sont d'autant plus difficiles qu'ils ne comportent pas toujours de remède : une molaire peut être trop cariée pour pouvoir servir d'ancrage, alors que les prémolaires n'ont pas évolué, que les molaires temporaires n'ont déjà plus de racines, et qu'il existe néanmoins dans la bouche des conditions qui rendent impérieuse l'intervention immédiate de l'orthodontiste.

Une conclusion s'impose, c'est la nécessité de conserver la dent de six ans, d'une part, parce que c'est elle qui est la clef de l'occlusion et, d'autre part, parce qu'elle est la meilleure dent comme ancrage pour les appareils. Pour obtenir la conservation intacte de la dent de six ans, il faut la coopération étroite du dentiste, du médecin et des parents de l'enfant. Le médecin est appelé à tout propos au chevet de l'enfant, justement à l'âge où les dents se carient le plus. Il faut qu'il s'habitue à regarder les dents de son malade et, s'il aperçoit quelque carie, qu'il l'envoie aussitôt que possible au dentiste. Il devra faire comprendre aux parents la nécessité, pour conserver la santé des enfants, de leur conserver l'intégrité des organes de la mastication. La mère, à son tour, une fois instruite, devra conduire ses enfants régulièrement chez le dentiste, afin que par des interventions précoces, et partant indolores, ou presque, il sauve les dents des enfants et soigne les caries dès leur début. Il pourra alors, sans difficulté, reconstituer le contour normal de chaque dent atteinte et, en opérateur averti, il saura prévoir les malocclusions avant leur formation et les éviter souvent en mettant en œuvre une thérapeutique appropriée.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 novembre 1919.

PRÉSIDENCE DE M. BLATTER, PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Le président présente les excuses de M. Godon, souffrant, qui ne peut assister à la réunion.

I. — ESSAIS D'ARTICULATION INTRA-BUCCALE, PAR M. RUPPE.

M. Ruppe. — Je voudrais vous entretenir d'un cas un peu déroutant. Il s'agit d'une personne édentée qui a pris l'habitude de mordre du côté droit depuis plusieurs années et a fait une sorte d'ankylose de son condyle gauche, lequel a des mouvements très limités.

Voici le résultat des mensurations faites d'après les méthodes Gysi et avec ses appareils. Voici les appareils essayés en bouche ; le dentier supérieur porte les faces articulables en feuille d'étain et il a été soumis aux efforts de la mastication pendant une demi-heure en trois séances de dix minutes chacune.

M. Ruppe donne lecture de sa communication (Sera publié).

DISCUSSION.

M. G. Villain. — Je tiens à féliciter M. Ruppe et à m'excuser aussi de l'avoir obligé à refaire ce travail très important, comme vous avez pu le voir, de la construction des plaquettes articulées qu'il vient de nous montrer. Il m'en avait confié un jeu en 1914 pour le Congrès de Londres et ce jeu s'est trouvé perdu avec bien d'autres choses, de sorte qu'il a dû refaire ces plaquettes ; c'est un travail difficile et minutieux qui a dû lui demander beaucoup de temps.

Je tiens à le féliciter particulièrement pour sa tentative de solution, élégante et bien française, du problème de l'articulation qui nous préoccupe depuis des années. Je fais remarquer ici combien la recherche vers laquelle se dirigeaient nos collègues étrangers était une solution fausse. Ils sont tous partis d'un principe : la reproduction des mouvements mandibulaires par un appareil appelé articulateur anatomique ou physiologique. Or

ces mouvements très variables, suivant la forme des cuspides des dents, déterminent à leur tour la forme de l'arcade ; d'autre part, les mouvements mandibulaires d'un sujet dont la dentition est complète se modifient avec l'âge par suite de l'usure ou la perte des dents.

Prenez dix individus ayant exactement les mêmes mensurations quant à la direction de la trajectoire condylienne, examinez leurs dents, elles ne sont pas les mêmes ; la forme des cuspides, l'inclinaison des plans inclinés formés par ces cuspides n'est pas identique chez ces dix individus ; par conséquent le mouvement mandibulaire est différent chez chacun d'eux, sans quoi les cuspides devraient avoir pris la même forme.

Supposez que ces dix individus présentent, à un âge déterminé, les mêmes caractéristiques en tant que inclinaison de la trajectoire condylienne, forme des cuspides, inclinaison des cuspides ; ces dix individus, quelques années après, par suite d'une habitude prise dans la mastication en raison d'une forme d'alimentation particulière ou de perte de dents, présenteront des modifications dans leur mécanisme dentaire respectif. Les mensurations que vous prendrez ne vous permettront jamais de rétablir avec une précision absolue par un appareil mécanique, les conditions individuelles.

Il est bien entendu néanmoins qu'il est encore préférable d'utiliser un appareil ne reproduisant qu'une partie de ces conditions plutôt que l'articulateur à charnières qui ne représente en rien le mouvement mandibulaire.

Mais la solution du problème à laquelle on travaille en France depuis vingt à vingt-cinq ans n'est pas là. Le premier travail qui nous a guidés dans cette voie est de notre président d'honneur, M. Godon, sur le parallélogramme des forces ; c'est le premier qui a indiqué à la profession l'étude mécanique qu'elle avait à faire.

Nous avons fait, à la suite, une série de travaux sur les mouvements mandibulaires, sur le mécanisme de la mastication. Chaque fois qu'on essaie d'approfondir ce problème, de plus en plus on le sent tellement complexe qu'on a tendance à vouloir rejeter les articulateurs physiologiques. J'emploie l'articulateur physiologique depuis bien longtemps, depuis presque mon apprentissage, mais je ne l'utilise que comme un guide ; l'articulation est faite en bouche. Au lieu d'employer des feuilles d'étain comme M. Ruppe, j'emploie des surfaces de cire dure sur lesquelles je fais faire tous les mouvements de mastication à mes malades, souvent, d'ailleurs, en plusieurs séances. Pour les bridges c'est particulièrement facile, puisque vous avez des points d'appui, que vous pouvez relier entre eux par une barre métallique recou-

verte de cire. Avec cette méthode vous pouvez, pour les appareils partiels et les bridges, supprimer l'emploi des articulateurs physiologiques ; pour les mouvements des dents imprimées dans la cire vous prenez des surmoulages et constituez ainsi votre surface occlusale.

Pour les dentiers complets, le problème est autrement difficile : nous n'avons plus de point de repère; mais il y a des dentiers presque complets pour lesquels nous avons le point de repère et pas si rarement qu'on croit. Et s'il est de bonne pratique de faire l'extraction de la seule molaire qui subsiste au maxillaire supérieur, par exemple, si cette dent présente son antagonisme avec l'arcade inférieure, ne l'enlevez pas tout de suite. Prenez votre empreinte, faites vos plaques d'occlusion, mettez vos modèles en rapport d'occlusion, puis montez les dents inférieures sur une base en stents en tenant compte pour ce montage et surtout pour le choix des dents quant à la forme des cuspides et leur surocclusion : 1° de l'inclinaison de la trajectoire condylienne ; 2° de la forme de l'arcade.

Placez cet appareil en bouche et au maxillaire supérieur une plaque d'articulation à base rigide, portant des bourrelets rigides et recouverts d'une couche de cire dure de 1 m/m d'épaisseur, cette plaque ayant été préalablement réglée à hauteur d'occlusion avec l'appareil inférieur dont les dents sont montées. Votre patient possédant deux dents antagonistes, celles-ci serviront de guide aux mouvements mandibulaires que vous faites exécuter au patient. Vous enregistrez ainsi sur la base inférieure les trajectoires parcourues par les dents inférieures et vous constituerez ainsi votre *articulation* ; aucun articulateur, aucune mensuration ne pourront vous donner un meilleur résultat.

Lorsqu'il ne reste plus du tout de dents, le problème est tout à fait ardu. Je dois dire que j'ai plusieurs fois, un assez grand nombre de fois, réussi de très bonnes articulations en montant mes dentiers du bas sur des bases de stents avec les données que j'avais pu prendre sur la forme de l'arcade, qui a une grosse importance, et la forme, ainsi que la hauteur des cuspides et en faisant ensuite exécuter les mouvements de mastication aux malades sur une plaque du haut composée de stents avec bourrelets recouverts de cire dure, mais le malade affaissant ces bourrelets, je monte une plaque métallique dans la région des centrales sur chaque base en donnant à cette plaque l'inclinaison de la trajectoire condylienne.

Le résultat obtenu ainsi était satisfaisant, mais je me rends compte qu'il n'est pas pratique. Il faut avoir étudié et peiné sur cette question de l'articulation et du mécanisme mandibulaire

pendant longtemps pour pouvoir d'emblée donner à l'arcade inférieure et aux cuspides la forme rationnelle qu'ils doivent avoir.

M. Ruppe, avec ses petites plaques articulées, nous aidera, j'espère, en nous permettant de ne pas déterminer d'avance l'inclinaison cuspidienne ; mais pour cela je crains que les articulations doubles des plaques ne soient un obstacle. Peut-être cette remarque n'est-elle que théorique et pratiquement, elle n'est peut-être pas juste. Théoriquement, étant donné que les plaques représentant les cuspides peuvent s'ouvrir sur les deux arcades, je crains que leur ouverture ne s'exagère par rapport à la trajectoire condylienne. Il y aurait peut-être moyen de remédier à cet inconvénient en resserrant l'une des plaquettes pour limiter son aplatissement par ouverture des deux parties qui la composent.

En tout cas, il y a là une solution, qui me semble absolument digne de retenir notre attention, du problème que nous recherchons depuis tant de temps, une solution qui est bien française, qui n'a été préconisée, nulle part. Il n'y a qu'ici en France où l'on a préconisé, en vue de la reproduction des surfaces articulaires, l'articulé sur l'individu même et non pas avec des appareils articulateurs physiologiques.

Je tiens à féliciter beaucoup M. Ruppe et je voudrais que son travail incitât un grand nombre d'entre vous à étudier la question et à apporter les modifications qui seraient jugées nécessaires, car il n'y a là qu'un premier pas, fort intéressant et M. Ruppe reconnaît lui-même que les chercheurs ont encore à faire pour nous donner la solution définitive qui rendrait à tous un grand service.

Nos vieux patients se contentaient très bien de nos dentiers, quoique ceux-ci ne fussent pas construits physiologiquement. Pourquoi ? Parce qu'ils avaient par une sorte d'appareils, constitués généralement de grandes plaques-bases construites pour éviter l'emploi des crochets, pris petit à petit l'habitude de l'appareil et avaient à la longue adapté leur mécanisme à l'appareil qu'ils portaient.

Vous avez maintenant affaire avec des malades qui ont porté des bridges dans la bouche. Ces bridges, par la fixité de leur moyen de rétention, sont maintenus en place et utilisés même si le mécanisme dentaire n'a pas été scrupuleusement respecté, mais après un délai plus ou moins court la pyorrhée s'installe. Le jour où vous êtes dans la nécessité d'enlever ces bridges parce que les piliers ne les supportent plus, et si ces bridges reconstituaient la presque intégralité des organes de la mastication, vous avez affaire avec des édentés qui ne sont pas habitués au port d'appareils dont la stabilité n'est obtenue en dehors de l'équilibre mécanique que par l'habitude. C'est pour ces malades que nous rencontrons

la difficulté. Elle sera de plus en plus fréquente car c'est avec ces édentés dans l'avenir que nous aurons de plus en plus affaire.

C'est pourquoi la solution du problème dans la voie où elle est engagée ici en France et particulièrement dans cette société, me semble fort intéressante et doit être étudiée et serrée de très près par chacun de nous. C'est la solution de l'avenir et je suis convaincu qu'elle fera honneur à la profession française.

M. Roy. — Je m'associe aux félicitations que M. G. Villain vient d'adresser à M. Ruppe et je suis, comme lui, très heureux de voir nos confrères, et M. Ruppe en particulier, s'engager dans la solution du problème de l'articulation en se basant non pas sur la physiologie normale, mais sur la physiologie pathologique.

Je crois avoir déjà dit ici, je ne me rappelle pas si c'est à l'occasion d'un travail antérieur de M. Ruppe, qu'il me paraissait erroné de rechercher la solution de l'équilibre des appareils prothétiques dans la physiologie normale, car, en effet, un appareil prothétique n'est pas un appareil pour individus et organes normaux, et, si vous le voulez, je vous donnerai un exemple, qui me paraît absolument caractéristique, pour vous montrer que la prothèse doit répondre à des conditions qui ne sont pas les conditions de la physiologie normale.

Je prendrai, si vous le voulez bien, le cas de prothèse le plus simple, une dent à pivot, une dent Richmond. Eh bien dans la bouche de nombre de patients, nous rencontrons souvent une dent qui fait saillie hors de l'arcade, dans une position d'équilibre telle que, dans certaines positions de la mâchoire, cette dent vient à porter tout le poids de l'articulation ; et la dent supporte cela très aisément. Vous en avez un exemple souvent dans les canines. Si la bouche est surveillée, la pyorrhée ne se développera pas sur cette dent et l'équilibre restera parfait. Que ce patient vienne à perdre la couronne de cette dent et que sur la racine vous placiez une dent à pivot ou une Richmond, cette dent, fatalement, si vous essayez de reproduire exactement les conditions de la physiologie, se cassera ou bien la racine sera soumise à des efforts trop considérables qui entraîneront sa fracture.

Vous êtes donc obligé (je prends cependant, vous le voyez, le cas de prothèse le plus simple, le plus parfait, celui qui se rapproche le plus de la nature) de transgresser les lois naturelles de la physiologie, vous ne pouvez pas reproduire intégralement les conditions physiologiques qui existaient primitivement dans la bouche sous peine de compromettre la dent artificielle.

Ceci n'est qu'un petit exemple qui montre que si, au lieu d'une seule dent, montée dans des conditions se rapprochant le plus possible de la nature comme l'est une dent Richmond, nous

avons à faire un dentier complet, c'est-à-dire l'extrême limite de la prothèse, cet appareil devra répondre à des conditions d'équilibre tout à fait spéciales, différentes de la physiologie normale et absolument individuelles.

Comme l'a dit M. Georges Villain, chaque individu réagit d'une façon personnelle qui est en rapport avec la façon dont il a perdu ses dents ; suivant qu'il a perdu celles-ci plus à droite qu'à gauche, en haut ou en bas, il a contracté des habitudes différentes ; c'est cette mécanique particulière qu'il faut essayer de retrouver ; c'est justement ce que le travail de M. Ruppe se propose et il me paraît se rapprocher tout à fait des conditions que nous devons chercher à réaliser dans nos appareils de prothèse.

C'est pour cela que je me joins à M. Georges Villain pour adresser à M. Ruppe mes félicitations et lui demander encore une chose : Puisqu'on doit faire des séances de démonstrations pratiques, son travail serait fortement éclairé par une petite démonstration sur patient qu'il pourrait nous faire un jour. Je suis sûr qu'il ne se refusera pas à le faire et j'en serai, pour ma part, fort aise.

M. Frey. — MM. Villain et Roy viennent de reconnaître avec raison le grand mérite de M. Ruppe lorsqu'il recherche l'articulation par des moyens intra-buccaux qui en expriment exactement l'individualisme.

En outre, M. Ruppe nous a dit tout l'intérêt que comporte son travail — et je tiens à le bien marquer ici — pour nos mécaniciens trop adaptés en général à une routine traditionnelle. Il contribuera, je l'espère, à rationaliser leur technique.

Le président. — Au nom de la Société d'Odontologie, je félicite M. Ruppe de son travail. Je vois ici qu'il a fait une communication en 1914 ; la guerre a interrompu ses travaux ; il s'est remis à la tâche et certainement va continuer une œuvre considérable. Je sais que c'est très ardu, que cela demande beaucoup de temps, mais dans l'intérêt de la profession, je suis convaincu que M. Ruppe poursuivra l'étude du problème.

II. — Le stabilisateur dentaire, par M. Pierre Rosenthal.

M. Rosenthal. — J'ai l'honneur de présenter aujourd'hui officiellement, pour la première fois devant une société savante, le stabilisateur dentaire.

Depuis dix ans, je suis à la recherche d'un problème que je vais vous exposer et dont j'ai enfin trouvé la solution.

Je poserai d'abord ce problème je démontrerai ensuite que le stabilisateur dentaire le résout, puis je décrirai l'appareil et enfin j'esquisserai son application en vous le présentant.

(Il donne lecture de sa communication, qui sera publiée).

DISCUSSION.

M. G. Villain. — Je tiens à féliciter personnellement M. Rosenthal pour la présentation qu'il vient de nous faire. Le problème du parallélisme est évidemment un problème que nous avons tous abordé avec terreur surtout lorsqu'on fait du bridge amovible. En réalité, les légères modifications que nous sommes obligés d'apporter aux inlays, la nécessité dans laquelle nous avons été de remplacer l'alliage d'or par l'or pur dans la confection des inlays prouvent que dans la préparation des bords de cavité le parallélisme est chose rarement possible à obtenir à la main ; c'est une question de chance.

Il est évident que, dans la préparation des inlays, on peut arriver à une approximation suffisante et si le dispositif que nous présente l'orateur était long à mettre en place, s'il nécessitait des manœuvres difficiles, il serait, au bout de peu de temps, rejeté et on reprendrait la préparation à la main. Mais je conçois très bien la préparation telle que nous l'a indiquée M. Rosenthal, sur modèle d'abord : il est rare en effet que dans une bouche nous n'ayons à préparer qu'une seule cavité, nous en avons généralement deux ou trois et, dans ce cas, je suis convaincu que la préparation du dispositif sur le modèle en vaut la peine ; nous devons pouvoir gagner ensuite beaucoup de temps.

M. Rosenthal. — L'application de l'appareil ne nécessite pas la prise d'une empreinte en stents. Vous pouvez adapter la pince à n'importe quelle bouche en 30 secondes et tout l'appareil en deux minutes.

M. G. Villain. — En bouche il faudra encore adapter le chariot, le micromètre et le petit cadre ; mais, si, comme le dit M. Rosenthal, il ne faut qu'une minute et demie environ pour préparer l'ensemble de l'appareil, il y a tout intérêt à se servir de cet outillage.

Où je lui trouve un avantage considérable, c'est dans la préparation des piliers de bridges amovibles. Nous devons évoluer vers ces derniers, car le bridge fixe est contre-indiqué par l'hygiène lorsqu'il ne peut être constitué de ponts laissant un grand espace entre leur surface et celle des muqueuses qu'il recouvre ; dans la plupart des cas le bridge fixe devrait être remplacé par le bridge amovible. Ce n'est pas possible de le faire si nous n'avons pas le parallélisme absolu.

Pour la couronne, on l'obtient sur modèle, il n'y a pas grande difficulté ; mais les pivots préparés entièrement en bouche ne peuvent subir aucune modification par la suite. Le parallélisme est difficile à obtenir ; nous l'obtenions souvent

avec une approximation suffisante par des moyens empiriques nécessitant de nombreux et longs essayages. Tous ceux qui en ont fait savent ce que cela prend de peine et la patience que cela réclame pour nous et nos malades, qui sont, on peut le dire, à ce moment, de véritables patients. Ce parallélisme, nous l'avons obtenu ensuite plus facilement avec le bridge mètre.

J'ai employé dernièrement un appareil qu'avait préconisé Peeso, le parallélomètre de Wenstein ; je ne sais s'il est dans le commerce, il ne l'était pas en Amérique lorsque je m'y trouvais. Peeso m'a donné le seul exemplaire qu'il avait. J'avais l'intention de présenter ce petit appareil dans l'une de nos séances ; il me semblait intéressant, jusqu'au jour où je l'ai utilisé. J'ai eu à faire le bridge amovible avec huit pivots ; cela nécessite du parallélisme, vous le pensez. Je me suis servi de cet appareil, qui assure l'obtention d'un parallélisme rigoureux ; mais s'il donne la direction exacte du pivot, il faut, avec la fraise d'abord, élargir le canal suivant un parallélisme obtenu approximativement. Cet appareil, qui constitue un progrès réel sur les précédents, offre donc une assez grande difficulté d'emploi. L'appareil présenté ce soir nous donne l'avantage de permettre l'agrandissement des canaux au foret suivant un parallélisme rigoureux ; mais en raison même de cela, s'il présente des avantages sur les autres appareils de parallélisme que je connais, il offre un danger : c'est que vous pouvez faire des faux canaux.

Ceci dit, à vous de prendre vos précautions, de rechercher les canaux et de les enregistrer sur des feuilles spéciales millimétrées pour savoir ce que vous faites.

L'appareil de M. Rosenthal doit rendre alors de réels services. Je suis très heureux de l'avoir vu et serai très heureux également le jour où je pourrai m'en procurer un et l'essayer.

M. E. Darcissac. — M. Rosenthal a bien voulu me montrer son appareil ; c'est un instrument extrêmement ingénieux et d'une précision absolument parfaite. Il permet, en effet, à un angle droit, fixé à un dispositif spécial, de se déplacer dans tous les sens sur un plan rigoureusement horizontal. La fraise fixée à l'extrémité de cet instrument est maintenue par conséquent dans une position toujours verticale. Supposons deux cavités identiques : la première est préparée à l'aide du stabilisateur Rosenthal et présente des parois rigoureusement parallèles et un fond plat. La seconde est préparée à l'aide de nos instruments habituels. Il est certain que la première présente sur la seconde un gros avantage. En effet, les cavités se rapprochant de la forme cylindrique ou de la forme cubique offrent, sans parler des points de rétention,

plus d'assise, et assurent une stabilité plus grande aux blocs d'or et aux obturations à l'amalgame.

Je n'ai pas essayé l'appareil de M. Rosenthal en clientèle, je ne puis le juger au point de vue pratique. Il faut l'étudier, apprendre à s'en servir, et je suis persuadé qu'il nous rendra de très grands services.

M. le Président. — J'adresse mes félicitations et mes remerciements à M. Rosenthal qui avait montré cet appareil à l'Administration de l'Ecole et que j'avais engagé à venir vous le présenter ici.

Je le prie également de bien vouloir en faire une démonstration pratique dans les premiers jours de janvier. Là, vous verrez son maniement et son application et je crois que sa démonstration sera intéressante. (*Applaudissements.*)

III. — Importance de la première molaire permanente au point de vue de l'orthodontiste, par M. James Quintero, de Lyon.

Le Président. — M. Quintero n'a pu venir à la séance ; il nous a envoyé sa communication. Vous savez que les communications, en l'absence des auteurs, ne sont pas discutées. Si vous voulez bien, comme elle paraîtra dans *L'Odontologie* avec figures, on va vous lire seulement les conclusions.

Plusieurs membres demandent la lecture de la communication en entier.

Le secrétaire général en donne lecture (V. p. 5).

IV. — Communications de M. G. Villain.

1° *Au sujet d'une note parue dans* l' « Oral Hygiene »

Vous avez tous reçu le journal l'*Oral Hygiene* probablement. Dans ce journal il y a une communication du docteur Jessen, qui dirigeait à Strasbourg la clinique dentaire scolaire. Je demande à M. le Président de la Société d'Odontologie, envoyé en mission à Strasbourg avec M. Miégeville, si la clinique de Strasbourg continue à fonctionner.

Le Président. — Certainement.

M. G. Villain. — Nous sommes en présence d'un nouveau fait de mentalité allemande. Jessen a écrit une lettre au directeur du journal *Oral Hygiene,* disant que, lorsque les Français sont entrés à Strasbourg après avoir chassé les membres de l'Université, ils ont fermé la clinique scolaire et ne l'ont pas réouverte.

Cette lettre est suivie d'un article et de commentaires que je

regrette de ne pas pouvoir vous lire. La forme de la lettre qu'il adresse laisse clairement entendre que Jessen veut faire croire aux confrères étrangers que les Français ont volontairement fermé la clinique dentaire pour les enfants et ne l'ont remplacée par rien du tout se désintéressant des questions d'hygiène.

J'estime que le Bureau de la Société d'Odontologie devrait prendre connaissance de cet article et adresser la protestation que mérite une telle assertion au directeur du journal, avec prière d'insérer.

Nous sommes en présence d'une nouvelle manœuvre qui se fait dans notre profession, comme les Allemands ont tenté d'en faire un peu partout, et je crois qu'il est de notre devoir d'y protester et de rétablir la vérité.

Le Président. — M. Miégeville et moi nous avons visité la clinique dentaire scolaire municipale de Strasbourg dont le service est assuré par le docteur Hamman et deux assistants, MM. Demarquette et Marx, de l'Ecole dentaire de Paris. Elle fonctionne tous les jours, pas dans le même local que celui qui avait été occupé par les militaires : elle a une installation superbe.

Je proteste énergiquement en votre nom à tous contre l'article en question et contre cette tentative.

M. Roy. — Je demande que la Société d'Odontologie charge le bureau de faire traduire l'article et de faire la rectification sans qu'il soit besoin d'y revenir.

Le Président. — Nous allons faire le nécessaire immédiatement.

2° *Le Collège des Etats-Unis à Paris.*

J'ai été en Amérique, j'ai vu quelle était l'affection des Américains pour les Français ; mais il ne faut pas oublier qu'il y a parmi eux vingt millions environs d'Américains d'origine germanique, qui ont été de véritables Américains, de nobles alliés. C'est auprès de ces Américains d'origine germanique que l'on cherche à faire cette propagande pour favoriser une fois de plus, comme les Allemands ont su le faire avant la guerre, la propagation de l'influence allemande en Amérique. L'Allemagne s'adresse sous toutes les formes aux étudiants américains pour les faire venir dans les universités et les villes allemandes.

Pour lutter contre ceci, il s'est constitué en France différentes organisations et sociétés, notamment une organisation que je signale particulièrement à votre attention ; elle s'appelle « Le Collège des Etats-Unis ». J'ai été invité à plusieurs séances tenues par les promoteurs de cette association.

Le collège des Etats-Unis n'a pas pour but de former un collège à

Paris ; cette association a pour but de créer deux organismes : l'un aux Etats-Unis, chargé de rechercher d'une part les étudiants désireux de poursuivre leur instruction, étudiants des écoles secondaires et d'enseignement supérieur, d'autre part les chercheurs et les savants diplômés des différentes facultés, désirant se perfectionner ou poursuivre des recherches.

Cette organisation aux Etats-Unis aura pour but de centraliser les demandes et de les adresser au centre qui se trouvera à Paris, qui, lui, sera chargé de répartir ces différents étudiants suivant la branche qu'ils ont choisie en leur facilitant les démarches, ainsi qu'en les guidant dans leur installation ou pendant leur séjour à Paris.

Ceci est d'une grande importance au point de vue français.

Nous avions déploré avant la guerre, lorsque le gouvernement français n'a pas cru devoir accéder à la demande faite par le groupement de l'Ecole, de créer un titre dentaire d'université pour les étrangers ; la ville de Nancy a créé ce diplôme. Faute de l'avoir institué à Paris, les étudiants dentistes, que nous voyions autrefois nombreux en France, ont été à l'Université de Berlin, où le gouvernement allemand l'avait créé : les Bulgares, les Roumains, les Luxembourgeois sont allés en Allemagne et en sont revenus avec un diplôme d'université délivré par l'Ecole dentaire de l'Université de Berlin, école créée avec l'appui financier du gouvernement allemand.

Les Allemands recommencent déjà leurs manœuvres pour attirer chez eux ces étudiants.

Cette organisation du collège des Etats-Unis est une initiative que nous devons encourager et je demanderai à M. le Président de soumettre à l'assemblée le vœu : « Que le programme de nos écoles soit établi et adressé à cette organisation, traduit si possible en anglais. La Faculté de médecine a rédigé une brochure à cet effet et le professeur Hartmann est en train de dresser le tableau-programme hebdomadaire des différentes opérations qui se font dans les hôpitaux de Paris, jour par jour, pour le mettre à la disposition des étudiants étrangers. »

Voilà les communications que je tenais à vous faire ; je m'excuse d'avoir retenu votre attention si longuement.

V. — Questions diverses.

Le Président. — J'ai maintenant deux petites communications intéressantes à vous faire.

Vous savez que des dentistes français installés au Maroc après autorisation par le sultan, ne pouvaient pas pratiquer l'anesthésie générale sans l'assistance d'un médecin. Nous avons agi

auprès du résident général et auprès du ministère des Affaires étrangères et, à la suite d'une intervention de la Fédération, nous avons reçu la lettre suivante. (Il donne lecture des deux lettres insérées dans *L'Odontologie* du 30 novembre 1919, p. 505 et 506.)

Un membre. — Je tiens à vous répéter ce que je vous ai déjà rapporté. J'arrive du Maroc. Sur 10 dentistes, il y. en a un de diplômé ; les autres n'ont pas de diplôme ; ils sont soutenus par les dahïrs marocains.

Le Président. — Je vous communique l'arrêté relatif à l'art dentaire en Alsace-Lorraine. Nous avons reçu cet arrêté qui indique les conditions exigées pour exercer l'art dentaire dans ces provinces. (Il donne lecture de cet arrêté publié dans *L'Odontologie* du 30 novembre 1919, p. 504.)

Par conséquent, actuellement, il y a une organisation dentaire en Alsace ; mais cet arrêté devra être suivi d'un décret ou d'une modification à la loi de 1892, car actuellement aucun chirurgien-dentiste, de même qu'aucun médecin ou pharmacien français, ne peut exercer en Alsace.

Cet arrêté, qui était dans les cartons du service de santé d'Alsace-Lorraine, les pauvres dentistes ne pouvaient le faire sortir. M. Miégeville et moi nous avons agi avant notre départ et il vient de paraître à l'*Officiel* d'Alsace-Lorraine.

Vous avez vu après l'ordre du jour de cette séance un *nota bene* ainsi conçu :

Les membres de la société désireux de faire une communication à la séance de décembre sont priés d'en aviser dès à présent le secrétaire général ou de l'en informer au début de la séance de novembre. Ceux qui désirent faire une démonstration pratique à la séance spéciale qui aura lieu un dimanche matin au début de janvier sont également priés de s'inscrire le plus tôt possible.

Vous êtes assez nombreux et, d'autre part, comme nous devons avoir au mois de janvier une réunion des fédérations dentaires interalliées et que la Société d'Odontologie organisera des démonstrations pratiques, je fais également appel à votre bonne volonté pour nous aider à organiser une séance brillante.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général, V.-E. MIÉGEVILLE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU RHONE ET DES RÉGIONS VOISINES

Le 8 novembre dernier les membres du syndicat des chirurgiens-dentistes du Rhône et des Régions voisines se sont réunis à Lyon en assemblée générale ordinaire annuelle.

Après lecture du procès-verbal de l'assemblée constitutive du 5 juillet 1919, le secrétaire général a exposé dans son compte rendu moral les faits les plus saillants de l'exercice écoulé. Il a notamment fait un résumé des travaux du Conseil d'administration, du Bureau et des diverses commissions nommées par ce dernier, pour étudier telles questions qu'il jugerait utile de leur soumettre. Effectivement toutes ces commissions ont fonctionné et soumis au Bureau les résultats de leurs travaux.

Le compte rendu financier, présenté par le trésorier, fait ressortir la situation avantageuse du syndicat, qui en quatre mois d'existence a déjà groupé plus de 130 adhérents dans la région.

Il est ensuite procédé aux élections du Conseil d'administration. Presque tous les membres sortants ont été réélus.

L'assemblée générale ordinaire s'est alors réunie en assemblée extraordinaire pour voter des modifications aux statuts. Le principe du vote par correspondance a été adopté.

A l'issue de cette séance un banquet amical a eu lieu.

La présidence en avait été offerte à M. Justin Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire. Au champagne des discours ont été prononcés : par M. Durif, vice-président du syndicat; par M. Chazette, adjoint au maire de Lyon ; par M. Blatter, directeur-adjoint de l'Ecole de Paris, président de la Fédération dentaire nationale.

Ce dernier était venu de Paris apporter à l'éminent invité du syndicat l'expression de profonde gratitude de tous les dentistes français envers M. Justin Godart, pour tout ce qu'il avait fait pour eux pendant la guerre.

Dans une improvisation remarquable, M. Justin Godart a remercié les orateurs et a promis que, si le sort du prochain scrutin devait le porter à nouveau au Parlement, il s'y ferait l'avocat de la cause des dentistes.

Le secrétaire des séances: J. T. QUINTERO.

Discours de M. Durif.

Messieurs,

En l'absence de notre président, le Dr Bouchard, permettez-moi de prendre la parole pour exprimer tout l'honneur et tout le plaisir que nous éprouvons à posséder parmi nous M. Justin Godart.

Nul, plus que le dentiste, n'a pu apprécier les bienfaits de son ministère. Vous savez tous que c'est à lui que nous devons cette petite autonomie professionnelle que nous avons obtenue dans le Service de santé. C'est lui qui a voulu mettre au jour les services que nous rendions pendant la guerre. C'est encore lui qui a su reconnaître et mettre en relief l'originalité de nos travaux, les caractéristiques de notre profession et nous a fait sortir de notre petit rang obscur d'infirmier de 2e classe. Il a su se placer courageusement au-dessus de tous les préjugés et de toutes les influences qui auraient pu tenter d'enrayer son œuvre de justice à notre égard. Aussi, messieurs, suis-je vraiment heureux de pouvoir lui adresser ce soir, au nom de tous mes confrères en général et de mes confrères lyonnais en particulier, nos remerciements les plus sincères, ainsi que l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

Je souhaite de tout mon cœur que M. Justin Godart puisse continuer à exercer son œuvre politique bienfaisante, toute d'intégrité et de sagesse, et je suis persuadé que tous les dentistes lyonnais seront avec lui pour le renouvellement de son mandat électoral. Ce sera un faible gage de leur gratitude et de leur reconnaissance.

La parole fut ensuite donnée à M. Chazette, adjoint au maire de Lyon. Il rappela l'époque lointaine où il était sur les bancs de l'école avec l'élève Godart et l'élève Vichot. Il dit le grand plaisir qu'il éprouvait à se retrouver avec eux dans cette réunion, puis, retraçant la carrière de chacun d'eux, il montra comment leurs destinées les avaient si longtemps séparés pour les réunir ce soir.

M. Blatter fut alors invité à prendre la parole.

Monsieur le Ministre,

Je suis particulièrement heureux de participer à la manifestation organisée en votre honneur par mes confrères du Rhône et des régions voisines, car cela me fournit l'occasion de vous exprimer, au nom de la Fédération dentaire nationale et du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, la reconnaissance de la profession pour ce que vous avez fait pour elle pendant la guerre. C'est grâce à votre clairvoyance, grâce à votre juste conception du rôle que les chirurgiens-dentistes étaient appelés à jouer pendant les hostilités qu'a été créé le corps des Dentistes militaires. Vous avez pensé avec raison que le Service de santé, à la tête duquel vous étiez placé et dans lequel vous avez introduit de si utiles réformes, n'était pas complet

s'il ne comprenait pas des praticiens qui sont les auxiliaires du médecin et du chirurgien et qui appartiennent comme eux, quoique nouveaux venus, à la grande famille médicale. Et pour faire accepter cette création, que d'aucuns trouvaient un peu hardie, et contrecarraient même en sous-main, vous ne leur avez donné d'abord que le grade de sous-officier. Vous évitiez ainsi les jalousies et les récriminations que vous saviez toutes prêtes à éclore ; mais le premier pas était fait !...

Vous ne vous êtes pas arrêté là ! C'est vous qui avez créé tous les services dentaires de l'intérieur et de l'avant, les centres de prothèse maxillo-faciale, où près de 20.000 blessés ont été soignés, les centres d'édentés qui ont rendu aux unités combattantes 245.000 hommes, les automobiles dentaires, les dentistes de régiment, de division, de corps d'armée, de garnison.

Alors dans toutes ces formations et dans tous ces postes, les dentistes se sont mis à l'œuvre. Il ne m'appartient pas de dire ce qu'elle a été ; mon appréciation serait suspecte comme entachée de partialité. J'aime mieux — cela aura plus d'autorité — invoquer les jugements oraux et écrits que vous vous êtes complu à porter à maintes reprises pour reconnaître et proclamer les services rendus à l'armée et à la défense nationale par ces modestes collaborateurs du personnel de Santé militaire. Il vous a même fallu un réel courage pour affirmer bien haut, comme vous l'avez fait, que votre création répondait à un besoin impérieux, à une incontestable nécessité, et qu'elle se justifiait par l'appoint qu'elle apportait aux effectifs, en rendant aux unités combattantes et propres au service des hommes que leur santé générale retenait aux hôpitaux ou dans le service auxiliaire en raison des maux engendrés par leur mauvaise denture.

C'est grâce à votre puissant appui qu'a pu se tenir en novembre 1916 cet intéressant et utile Congrès dentaire inter-allié, dont vous avez bien voulu accepter la présidence d'honneur et dont vous avez présidé effectivement la séance d'ouverture.

Nul n'était plus qualifié que vous pour écrire la préface des comptes rendus de cette imposante et fructueuse réunion de professionnels de tous les pays alliés, et c'est avec fierté que nous y lisons ces réconfortantes phrases :

« Mais ce livre, outre qu'en lui-même et par le moment où il a été conçu, il mérite un éloge, révèle le labeur attentif de praticiens habiles, la recherche passionnée de méthodes de traitement qui apaiseront les souffrances et assureront la guérison. Nos dentistes militaires, nos chirurgiens spécialistes de la prothèse maxillo-faciale ont apporté de multiples observations, ont exposé leurs initiatives et l'ensemble de leurs travaux constitue un monument unique pour l'enseignement.

» Si besoin était, cet ouvrage justifierait la création du Corps des dentistes militaires. Il vient simplement apporter une preuve de plus de leur activité utile. J'ai pu l'apprécier dans toutes ses formes et je donne de tout cœur ce témoignage formel que les dentistes militaires ont rendu à l'armée des services importants. »

S'il fallait un autre témoignage, je le trouverais encore dans une lettre élogieuse que vous vouliez bien m'adresser le 15 avril 1918 en

tant que président de Fédération dentaire nationale, et où vous disiez : « C'est pourquoi vous pouvez être assuré que je continuerai à soutenir les efforts de la Fédération et ceux de vos grandes écoles de Paris et de Lyon et que toujours j'apporterai mon témoignage à votre profession qui a bien mérité du pays. »

Grâce à votre haute autorité vos paroles ont été écoutées ; le rôle du dentiste, presque méconnu d'abord, a pris de l'importance à mesure que le temps marchait et que la guerre se prolongeait, si bien que vous avez conçu la pensée, avec l'esprit d'équité qui vous caractérise, de relever la situation des dentistes militaires et de leur donner rang d'officier. Après avoir préparé dans ce sens un décret que des difficultés d'ordre législatif ont empêché d'aboutir, vous avez élaboré un projet de loi que vous vous proposiez de présenter au Parlement et de soutenir devant lui, quand les fluctuations de la politique, souvent aussi irraisonnées que fâcheuses, ne vous ont plus permis de diriger le sous-secrétariat d'Etat que vous aviez inauguré et où vous aviez accompli une tâche écrasante, et, par suite, de voir aboutir votre projet.

Mais la semence était jetée, votre voix avait été entendue, votre successeur, grâce à vous, était favorable à la réforme et la cause était gagnée devant le Parlement.

Nous souhaiterions voir parmi les membres des deux Chambres qui vont être élues prochainement des hommes qui se préoccupent, à votre exemple, de l'hygiène dentaire. Aussi venons-nous, dans la presse odontologique, d'inviter tous les chirurgiens-dentistes à demander aux candidats de leur choix d'appuyer nos revendications en matière d'hygiène dentaire publique et tout particulièrement en ce qui concerne l'introduction de l'hygiène dentaire dans toutes les écoles primaires du pays. Espérons qu'ils accueilleront cette requête avec l'empressement que vous avez mis à accueillir toutes celles que nous vous avons présentées.

Il est regrettable qu'au Parlement, les différentes corporations ne soient pas représentées. On y trouve des médecins, des avocats, des pharmaciens, des industriels, etc., mais pas de dentiste. Il est vrai qu'à l'heure actuelle nous y avons un défenseur en M. Justin Godart qui veut bien se charger de nos revendications et être en quelque sorte le représentant des dentistes.

Je vous demande à tous, mes chers confrères de Lyon et des régions voisines, de porter vos suffrages sur M. Justin Godart en reconnaissance des services éminents qu'il a rendus à la profession dentaire pendant qu'il dirigeait le sous-secrétariat d'Etat du service de santé militaire.

Monsieur le Ministre, ce n'est pas seulement la profession dentaire qui doit vous remercier, ce sont les innombrables défenseurs de la patrie qui ont eu besoin de nous qui devraient vous rendre grâces, c'est le pays lui-même qui vous doit la gratitude, puisque vous avez contribué à son triomphe. Vos électeurs de 1914 peuvent être fiers d'avoir envoyé à la Chambre des députés un représentant tel que vous ; ceux de 1919 s'honoreront en vous renouvelant un mandat que

vous avez si bien rempli, car ce sont des hommes de votre valeur qui font la grandeur d'une nation.

Discours de M. Justin Godart.

Messieurs,

J'ai donné successivement la parole aux orateurs que vous venez d'applaudir. Me la donner à moi-même peut sembler une gageure, car, hélas, j'ai laissé ma voix dans les réunions publiques que je viens de faire en assez grand nombre dans ma tournée électorale.

Aussi, je vous prie de m'excuser du retard que j'ai mis à mon arrivée, et aussi de vous adresser ces quelques mots en un langage peu sonore et très enroué, la faute en est aux élections.

Vous avez bien voulu me faire des remerciements et des éloges; j'en suis infiniment confus. J'ai tenté, au poste où j'ai été appelé durant la guerre, tout le possible pour réaliser ce que depuis les premiers jours j'avais indiqué comme ma formule d'action et celle de mes collaborateurs.

En effet, lorsque j'ai été mis à la tête du Service de santé militaire, quelle surprise dans le milieu militaire et dans le milieu médical! Les militaires disaient avec quelque dédain et une nuance de mépris :

« Quoi ! Il n'est pas militaire ! » Je l'étais très peu en effet : j'étais infirmier de 2e classe. Les médecins de leur côté s'exclamaient de même : « Il n'est pas médecin ! » Je n'appartenais en effet, en aucune manière, à la profession médicale. Lorsque l'on me rapporta ces propos et ces critiques, je répondis que, dans l'exercice du pouvoir qui venait de m'être confié, je ne serais évidemment pas le militaire, je ne serais pas non plus le médecin, je serais simplement le blessé. Me plaçant à ce point de vue j'ai travaillé pour promouvoir les réformes qui étaient nécessaires, afin de mettre à la portée des blessés, soit à proximité des champs de bataille, soit à l'intérieur, les soins qui permirent de rendre à l'armée plus de 50.000 hommes chaque mois.

Lorsque j'ai voulu organiser les services dentaires militaires, j'ai fait appel aux compétences, à la Fédération dentaire nationale, et surtout à celui qui en est l'âme, en mon ami M. Blatter. J'ai créé le grade de dentiste auxiliaire, j'ai préparé le décret vous conférant le grade d'officier. Tout à l'heure M. Blatter me faisait l'honneur de tout cet effort qui a mis les dentistes à leur place dans l'armée. Il se trompait, car les grades qui vous ont été donnés, vous les avez mérités par les services rendus, et c'est à vous que vous les devez.

Messieurs, les services dentaires militaires ont récupéré pour les armées un nombre considérable d'hommes. M. Blatter vous en a d'ailleurs indiqué le chiffre : j'ajoute celui-ci : 375.000 appareils dentaires ont été construits, c'est un chiffre impressionnant.

Dans les services d'édentés et de prothèse maxillo-faciale, vous avez donné à nos blessés, à nos malades, les soins les plus compétents et les plus dévoués. Je tiens à le proclamer :

« Vous avez bien servi le pays aux heures de lutte. »

Messieurs, il faut que soit fait demain pour la population civile et l'hygiène générale, ce qui a été fait pour la population militaire et pour l'armée. Votre collaboration va continuer à être indispensable à la nation ; afin qu'elle soit efficace, unissez-vous, acquérez par votre organisation une puissance professionnelle que vous mettrez au service de l'intérêt général. Il y a beaucoup de choses à faire ; nous sommes énormément en retard sur les autres nations. J'ai vu aux Etats-Unis, au Canada, les services dentaires publics et scolaires, quel exemple ! Nous devons le suivre en France, et sans tarder.

Quelques jours nous séparent du renouvellement de la Chambre. Vous avez bien voulu en parler tout à l'heure, monsieur le Président et vous monsieur Blatter. Je n'en parlerai à mon tour que pour dire ceci : quel que soit le sort que me réserve le scrutin, vous pouvez être assurés, que dans n'importe quelle situation je serai toujours un ami prêt à soutenir votre syndicat. Mais si une fois encore le scrutin m'est favorable, et si je retourne là-bas au Parlement, et bien je serai le député des dentistes. Il y a beaucoup de choses à faire pour vaincre le préjugé qui pèse sur votre profession, malgré les services qu'elle a rendus pendant la guerre. Il faut encore bien des démarches (cela me rappelle toutes celles qu'a eu à faire auprès de mon Administration M. Blatter — 180, je crois) — avant de faire aboutir un programme de services dentaires scolaires.

Messieurs, nous avons une tâche formidable à accomplir : non seulement l'hygiène dentaire, mais l'hygiène générale sont négligées, méconnues. Il faut sauver notre pays de la dépopulation. On est frappé de voir les ruines, les dévastations, de savoir qu'il y a dans le Nord pour 200 milliards de dégâts qui ont été faits par la barbarie allemande. Maisons détruites, usines ravagées, champs défoncés et stérilisés, quel spectacle effrayant de chaos !

Mais le plus grand mal n'est pas encore là, il est dans nos 1.500.000 jeunes gens tués, dans les tuberculeux, dans les anémiés, dans les mutilés, dans tous ceux incapables de donner désormais l'effort nécessaire à la reconstitution économique de notre pays. Par surcroît notre natalité a diminué durant que s'amoindrissaient du fait direct de la guerre nos forces vives. Alors qu'avant 1914 la moyenne annuelle des naissances s'élevait à 600.000, depuis nous sommes descendus à 300.000 à peine ; le problème est grave. Comment accroître notre natalité ? En tout cas une solution s'offre, il faut tout faire pour au moins conserver les enfants qui viennent au monde. Mais je ne veux point développer plus longuement ce sujet angoissant. Je l'indique, persuadé que votre profession saura demain prendre sa part dans l'œuvre d'hygiène nationale à entreprendre.

J'ai été infiniment touché, Messieurs, des sentiments de gratitude que vous avez bien voulu m'exprimer tout à l'heure, et je vous demande de continuer votre activité dans la paix. Il y a maintenant à gagner la paix, toutes les forces sont nécessaires pour cela.

Votre Syndicat sera une de ces forces, et je lève mon verre à sa prospérité.

***

Dans la séance du Conseil du 6 septembre 1919, le bureau avait été constitué comme suit :

Président : Dr Bouchard (Lyon). — Vice-Présidents : MM. Durif (Lyon) ; Château (Grenoble) ; Dr Ollagnier (Saint-Etienne) ; Tournier-Daille (Lons-le-Saulnier). — Secrétaire général : Dr Vichot (Lyon). — Secrétaire des séances : J. T. Quintero (Lyon). — Trésorier général : M. Bouthiat (Lyon). — Trésorier adjoint : M. Vicat (Lyon). — Archiviste : Dr Hollande (Chambéry).

SESSIONS D'EXAMENS EN JANVIER ET EN AVRIL RÉSERVÉES AUX DÉMOBILISÉS

Par décision du 17 décembre 1919, prise sur la proposition de l'Ecole dentaire de Paris, le ministre de l'Instruction publique a autorisé des sessions d'examens en janvier et en avril, réservées aux démobilisés.

« L'ouverture de sessions spéciales est la conséquence naturelle des dispositions prises en faveur des démobilisés, dit cette décision. Il n'y a d'ailleurs aucun motif de ne pas étendre aux études dentaires les mesures prévues par l'art. 6 du deuxième décret du 10 janvier 1919. Dans ces conditions, j'autorise l'organisation en janvier et avril prochain de sessions d'examens, étant bien entendu qu'elles seront exclusivement réservées aux étudiants des classes 1917 et antérieures ayant accompli plus de trois années de service militaire. »

Délivrance des inscriptions aux démobilisés.

Par la même décision et sur la même proposition le ministre a autorisé la délivrance des inscriptions nécessaires aux étudiants ayant accompli un semestre de travaux pratiques.

« Je suis disposé, porte cette décision, à accorder aux écoles dentaires les facilités nécessaires pour assurer l'application des mesures prévues par le décret du 10 janvier 1919 et éviter ainsi les demandes inutiles d'inscriptions de la part des étudiants. J'autorise donc ces établissements à délivrer aux jeunes gens *qui auront accompli un semestre de travaux pratiques* les inscriptions nécessaires pour subir l'examen de fin d'année correspondant.

» Ces dispositions ne s'appliquent, bien entendu, qu'aux étudiants de 1re et de 2e année, aucune dérogation n'étant apportée au décret du 11 janvier 1909 en ce qui concerne les études de 3e année. »

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques Filderman
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Le lendemain, je me rends compte que le bombardement a été très sérieux, car il n'y a presque pas un arbre qni n'en ait pas souffert.

Quelques jours après, je suis délogé par le poste de secours d'un régiment qui vient s'installer ici.

Je suis donc obligé d'aller à Roland-Brassieux, où, ne trouvant pas de place pour le cabinet dentaire, je dois me contenter de faire des extractions. Le poste est vraiment petit et je couche dans une espèce de cage à poules, de sorte que pour pénétrer dans ma couchette je suis obligé d'exécuter de véritables tours d'acrobate. Pour aller à la popote, c'est moins compliqué qu'à Valmy. En revanche, à plusieurs reprises, au cours de ces déplacements, des fusants éclatent juste au-dessus de ma tête, et c'est miracle que je ne sois pas touché.

Ne pouvant pas travailler, je me décide à visiter le secteur.

Me voici au poste de secours du bataillon.

Le Mamelon Blanc est recouvert d'un labyrinthe de tranchées, de boyaux et de réseaux de fil de fer, comme d'ailleurs la butte de la Cigalerie. Le coup d'œil est magnifique et dans les lignes ennemies on découvre les ruines de Boureuilles, de Varennes et de Montfaucon.

Nous sommes plusieurs à regarder au-dessus de la tranchée et les Allemands nous ont aperçus; aussi, nous envoient-ils un premier obus, qui nous manque, seulement de quelques mètres. Nous avons à peine le temps de nous coucher, qu'un autre obus arrive, suivi d'un troisième et même d'un quatrième. Nous nous mettons à courir dans le boyau et bientôt nous sortons de la zone du tir, heureux de nous en tirer à si bon compte.

Le 16 mars 1918, à dix heures du matin, notre artillerie déclanche un violent bombardement. Les canons disposés en plusieurs rangées se touchent presque et ne cessent de cracher la

mitraille jusqu'à six heures du soir. Le bruit est assourdissant et ininterrompu. On en a mal à la tête. Là-bas, du côté de l'ennemi, on ne voit plus qu'une ligne de feu et de fumée.

Ce coup de main réussit très bien et les prisonniers sont nombreux.

Deux jours après dans le boyau central de la butte de Vauquois, je demande aux poilus où se trouvait le village de ce nom. L'un me dit à droite; un autre, à gauche. Pas un ne sait au juste où, car il ne reste plus une seule brique pouvant indiquer la trace même d'un mur. La butte est bouleversée dans tous les sens et on ne voit que des trous d'obus qui se touchent et des arbres décapités. A regarder la colline, on dirait une mer en furie, dont les vagues se sont figées.

Guidé par le commandant de la compagnie, je monte à travers la tranchée, jusqu'au sommet de la butte. Les sentinelles des petits postes sont placées sur le bord même de l'immense entonnoir, creusé ici par les nombreuses explosions des mines.

La tranchée ennemie borde l'autre lèvre de l'entonnoir dont nous ne sommes séparés que par une largeur d'une quarantaine de mètres.

A voix basse, pour ne pas revéler notre présence, mon guide me montre à travers les fils de fer et les chevaux de frise, juste en face de nous, un casque allemand qui bouge. Je regarde attentivement et je vois devant nous, dans la tranchée ennemie un Allemand en chair et en os qui nous a aperçus et qui semble sourire. Un de ses camarades vient le rejoindre et tous deux nous font des signes de la main. Nous estimons que rester plus longtemps serait imprudent et nous quittons la tranchée.

Le 2 avril le poste de secours change encore de place et nous revenons à Valmy.

Je retrouve mon abri entièrement transformé. Les murs sont recouverts de carton ondulé tout neuf et le sol même a été tapissé de papier goudronné. On dirait presque un petit salon.

Je déballe mes instruments, qui se reposent depuis une quinzaine de jours et je me remets au travail.

Les jours ont augmenté de longueur et un agréable soleil d'avril réchauffe ma sape.

La neige a disparu. Le sol commence à être recouvert de verdure, les arbres sont remplis de bourgeons et, malgré le canon, les oiseaux chantent. On éprouve une véritable joie à voir renaître la vie dans cette forêt de Hesse où nous venons de passer tout un hiver de guerre.

Les poilus, n'ayant plus à patauger dans la boue, reviennent nombreux à la consultation et le travail se poursuit avec activité.

Je soigne tout ce qui peut se soigner, c'est-à-dire les pulpites et les caries simples. Seules, les racines et les dents atteintes de carie pénétrante infectée sont arrachées.

J'ai d'ailleurs à peu près tout ce qu'il faut pour travailler convenablement et les hommes en profitent, pendant qu'au milieu de cette atmosphère de printemps et de travail, les tirs de harcèlement de l'ennemi vibrent dans une note discordante.

* * *

Le 15 mai 1918 nous sommes relevés par les Italiens et nous quittons ce secteur de Vauquois, où nous venons de vivre cinq mois, pendant toute une mauvaise saison au milieu d'une forêt dévastée.

Nous allons à pied jusqu'à Auzéville, d'où, en auto-camion on nous transporte à *Epense* (Marne). C'est un joli village agréable et les habitants sont accueillants.

Nous ne savons pas combien de jours nous y resterons, car, d'après les bruits qui courent, nous serons jetés dans la fournaise, dès que la prochaine offensive allemande se déclanchera.

J'ai beaucoup de travail et je pose même une dent à pivot (bien entendu, sans rémunération).

J'ai aussi à soigner des civils, qui sont très généreux, puisque, pour les petits services que je leur rends, ils me récompensent en envoyant à la popote, l'un un poulet, l'autre une salade, etc., etc. J'habite chez des civils et la fille de la maison, une paysanne, me fait rire, le jour de mon arrivée, en se moquant de moi parce que je me brosse les dents : elle trouve cela ridicule, parce qu'elle ne le fait jamais; aussi, sa denture n'est-elle pas des plus resplendissantes !



Dans quelques jours, il y aura un an que je suis au régiment en qualité de dentiste militaire. Pendant cette année nous ne sommes pas restés longtemps au même endroit et je n'ai pas toujours eu toutes les facilités pour travailler. Malgré cela, pendant cette période, j'ai donné 1507 consultations.

Le chiffre des dents extraites a été de 686 et j'ai pu faire 98 pulpectomies, 195 ciments, 148 amalgames ; 22 bouches ont été préparées pour attribution d'appareils. Il faut ajouter à cela de nombreux nettoyages et toutes sortes d'autres soins, parmi lesquels un certain nombre de caries pénétrantes infectées.



Le 27 mai 1918, alors que nous sommes encore au repos, l'ennemi déclanche son attaque du *Chemin des Dames*.

Aussitôt nous sommes alertés. Tous, nous sommes émus, malgré notre joie apparente, car une période dure s'annonce pour nous et nous savons que sous peu de jours il y aura déjà des manquants parmi les nôtres.

Le 29 mai au matin, entassés comme des paquets dans les autocamions qui filent avec une rapidité anormale, nous traversons successivement, *Châlons-s.-Marne, Epernay, Châtillon-s.-Marne* et les autos s'arrêtent à la hauteur d'*Anthenay* près d'*Olizy* et *Violaine*. Devant nous, à environ deux kilomètres, on aperçoit des saucisses à une très faible altitude. Nous croyons d'abord que ce sont des saucisses françaises. Mais nous sommes vite détrompés, car il s'agit bel et bien des *drachen* ennemis.

Alors, comment se fait-il que les Boches nous voyant arriver ne tirent pas sur nous ? Simplement parce que leur artillerie, comme la nôtre, n'est pas encore là.

C'est le soir et comme, au cours de cette offensive, les combats cessent à la tombée de la nuit, pour ne recommencer qu'au jour, un calme complet semble régner sur le champ de bataille. On ne croirait pas, à voir ces villages riants, dont pas une maison n'est démolie, que nous assistons à l'un des plus épouvantables drames de la guerre actuelle.

L'état-major s'installe à Violaine. Dans le village, ce matin encore plein de vie, il n'y a plus un seul civil et dans les maisons nous trouvons sur les tables les plats encore remplis des mets que les habitants ont précipitamment abondonnés devant le danger menaçant. Cela serre le cœur de voir tous ces foyers détruits, alors que, hier encore, leurs hôtes vivaient dans la prospérité.

Cependant le calme persiste et on n'entend dans la nuit que le beuglement des vaches qui, abandonnées en grand nombre, errent lamentablement.

Autour du village les soldats sont déjà couchés en tirailleurs et attendent hardiment l'ennemi.

Le lendemain matin, je suis réveillé de bonne heure par un éclatement d'obus. La bataille a repris et les blessés commencent à arriver. Ce sont presque tous des blessés par balles.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

Dubouch.

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Dubouch, de Hanoï, membre de l'A. G. S. D. F.



Notre confrère M. Stavisky, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa femme, le 7 janvier, à l'âge de 48 ans.

* * *

M. Raymond Schmoll, élève de 2e année de scolarité à l'Ecole dentaire de Paris, a été enlevé à l'affection des siens, dans sa 20e année, le 17 janvier 1920.

Nous exprimons aux familles éprouvées nos bien vives condoléances.

NOUVELLES

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Le Conseil d'administration élu par l'assemblée générale du 9 décembre 1919 s'est réuni le 23 décembre et a constitué son bureau de la façon suivante :

Président-directeur : M. Godon.

Vice-président et trésorier : M. Bioux.

Vice-président, directeur administratif et directeur-adjoint : M. Blatter.

Directeur de l'enseignement : M. G. Villain.

Secrétaire général : M. H. Villain.

Secrétaire des séances : M. Solas.

Trésorier-adjoint : M. Crocé-Spinelli.

Econome : M. Miégeville.

Bibliothécaire-archiviste : M. Pillière.

Bibliothécaire-adjoint : M. L. Viau.

Conservateur du Musée : M. Geoffroy.

Conservateur-adjoint : M. Wallis-Davy.

***

Conformément au vœu exprimé par l'assemblée générale du 9 décembre 1919, il a été tenu une assemblée générale éxtraordinaire préparatoire pour étudier les questions de programme et d'organisation de l'enseignement dentaire.

Cette assemblée a eu lieu le mardi 27 janvier, à 8 heures 1/2 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° Rapport du Directeur de l'enseignement sur le programme et l'organisation de l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris.

2° Examen des programmes d'enseignement dentaire.

3° Etude de l'organisation actuelle de l'enseignement dentaire.

4° Propositions de réformes, s'il y a lieu.

5° Propositions diverses.

A. G. S. D. F.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. a eu lieu le dimanche matin 18 janvier, avec l'ordre du jour que nous avons publié.

Après adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 18 janvier 1914, les rapports du secrétaire général, du trésorier et de l'administrateur-gérant de *L'Odontologie* ont été approuvés.

Un vœu a été émis tendant à ce que la prochaine assemblée générale soit accompagnée d'une séance de démonstrations pratiques.

Il a été décidé de perpétuer par une plaque de marbre les noms des membres de la profession tombés au champ d'honneur, ainsi que les noms des fils des membres de l'Association tués eux-mêmes à l'ennemi.

L'assemblée a émis un vœu en faveur de la continuation des démarches pour l'obtention d'un doctorat en chirurgie dentaire.

La question de l'hygiène dentaire a été mise en discussion et renvoyée au Conseil d'administration, ainsi que la question de l'exercice illégal.

Le Conseil examinera s'il y a lieu d'organiser une assemblée générale extraordinaire pour traiter ces deux questions.

Enfin une assemblée générale avec séance de démonstrations pratiques et banquet a été décidée pour avril prochain, afin de commémorer le 40e anniversaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris.

Il a été procédé au scrutin pour le renouvellement total du Conseil d'administration (16 membres pour Paris, 16 pour la province).

Nombre total des votants : 165. — Bulletins blancs ou nuls : 8
Suffrages exprimés : 157. — Majorité absolue : 79

Ont obtenu :

PARIS.

MM.

L. Bioux	156	voix,	élu
Blatter	155	—	—
Devoucoux	154	—	—
Miégeville	154	—	—
Dupontreué	153	—	—
G. Viau	152	—	—
P. Martinier	152	—	—
Rollin	151	—	—
G. Fouques	150	—	—
Lalement	150	—	—
H. Villain	150	—	—
G. Villain	144	—	—
Cernéa	142	—	—
Crocé-Spinelli	142	—	—
Debray (Alb.)	142	—	—
Dufeu	125	—	—

PROVINCE.

MM.

Caron (Nantes)	151	voix,	élu
Drain (St-Quentin)	151	voix,	élu
Jouard (St-Cloud)	150	—	—
Pont (Lyon)	149	—	—
A. Audy (Senlis)	148	—	—
Gouthière (Nemours)	148	—	—
Pierret (Dijon)	148	—	—
Duncombe (Caen)	146	—	—
X. Mouton (Amiens)	145	—	—
Bouillant (L'Isle-Adam)	144	—	—
Vasserot (St-Germain-en-Laye)	143	—	—
Brodhurst (Le Vésinet)	142	—	—
Bennejeant (Clermont-Ferrand)	132	—	—
Vicat (Lyon)	122	—	—
Mouton (Châtellerault)	120	—	—
Rat (Poitiers)	111	—	—

Viennent ensuite : MM. Boudy (Belfort), 55 voix ; Audy père (Senlis), 54 voix ; Hautefeuille (Sannois), 28 voix ; divers candidats, 10 voix.

La réunion a pris fin à midi 20 minutes.

Fédération Dentaire Nationale Française.

La F. D. N. a organisé, à la demande des confrères belges, une réunion *amicale* de délégués à la F. D. I., appartenant aux pays alliés et associés, pour examiner la conduite à tenir en vue de la reprise des sessions *officielles* de la F. D. I. et des congrès internationaux.

Cette réunion a eu lieu le 10 janvier 1920, à 3 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Discussion des propositions relatives à la reprise des relations internationales.

2° Discussion relative à la préparation et au lieu de réunion de la prochaine session de la F. D. I.

M. Blatter, président de la F. D. N. française, a prononcé une allocution, à laquelle M. Cerf, président de la F. D. N. belge, a répondu.

M. Godon, président d'honneur, a rappelé la génèse de la réunion.

M. Rosenthal (Bruxelles) a donné lecture d'un exposé.

Après discussion, l'assemblée a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant présenté par M. Sauvez et amendé sur la proposition de divers membres :

« Les membres des Fédérations dentaires nationales française et belge, réunis à Paris, le 10 janvier 1920, dans le but de discuter sur l'utilité du maintien des bienfaits que la F. D. I. a procurés à la profession dentaire et à l'humanité tout entière depuis 1900.

» Emettent l'avis suivant :

» 1° Il est impossible actuellement de continuer le fonctionnement des sessions de la F. D. I. dans les conditions antérieures à la guerre, en faisant appel à toutes les nations ;

» 2° Il est désirable que la F. D. I. continue sa bienfaisante action avec ses statuts et ses règlements, mais en n'admettant pas actuellement à ses réunions les représentants des peuples centraux (Allemagne, Autriche, Hongrie, Turquie, Bulgarie) et en n'y accueillant que les représentants des nations alliées et associées et des nations neutres ».

L'assemblée a décidé, en outre, que les fédérations dentaires nationales belge et française se réuniront à nouveau à Bruxelles à l'époque des jeux olympiques en 1920. A cette occasion il sera organisé par la F. D. N. belge un congrès national auquel seront invités les délégués à la F. D. I. des pays alliés, associés et neutres.



Une séance de la Société d'Odontologie (communications écrites) a eu lieu le même soir ; une séance de démonstrations pratiques s'est tenue le dimanche matin 11 janvier et a été suivie d'un déjeuner amical de trente-cinq couverts.

Académie de Médecine.

Dans la séance publique annuelle du 16 décembre dernier, le président a donné lecture des prix décernés en 1919.

Parmi ceux-ci nous relevons le prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) : 1.000 fr., à M. René Miégeville, interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous adressons à notre collègue nos vives félicitations.

Concours pour dentistes-adjoints des hôpitaux.

Un concours pour deux places de dentiste-adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 2 février 1920, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les inscriptions ont été reçues au Service du personnel de l'Administration de l'Assistance publique, de 10 heures à 15 heures, du lundi 5 janvier 1920 au samedi 17 janvier.

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

L'assemblée générale annuelle du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a eu lieu le dimanche 25 janvier de 2 heures à 6 heures du soir au palais d'Orléans, 200, avenue du Maine.

Cette réunion a été précédée le matin d'une séance de démonstrations pratiques avec exposition de fournitures dentaires, ouverte jusqu'à 6 heures du soir.

A midi banquet dans le même local.

Elections sénatoriales.

Nous avons le vif plaisir d'enregistrer la réélection de M. Paul Strauss, président du Comité de patronage de l'Ecole dentaire de Paris, comme sénateur de la Seine.

Nous lui adressons nos très vives félicitations.

Nouveau journal.

Nous avons reçu *La Tribuna odontologica,* revue mensuelle qui se publie à Buenos-Ayres depuis quelque temps.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. le Dr Léon Gernez, chirurgien des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décoré de la croix de guerre, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Henriette Piérard.

Le mariage de notre confrère M. Jean Devant (de Cluses),

décoré de la Croix de guerre, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Jeanne Frey (de Lyon), a eu lieu le 8 janvier.

Le mariage de notre confrère M. Maurice Isnard, fils du membre de l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec Mlle Antoinette Ribeyre, également chirurgien-dentiste, a été célébré le 12 janvier.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Fête des étudiants.

La fête annuelle des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris aura lieu le dimanche 21 mars. Nous y reviendrons dans notre prochain numéro.

AVIS

En vue de la réimpression de l'Annuaire de la Société et des listes d'expédition de l'Odontologie, tous les membres de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de Paris, de la Seine, des Départements, des Colonies et de l'Etranger, sont instamment priés de faire connaître bien exactement leur adresse actuelle dans le plus bref délai.

40e ANNÉE. N° 2. 29 FÉVRIER 1920 Vol. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAIS D'ARTICULATION INTRA-ORALE

Par Louis Ruppe.

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 4 novembre 1919.)

Depuis plus de dix ans la prothèse dentaire est tout à fait sortie de l'empirisme, grâce à la vulgarisation des travaux de nombreux chercheurs et savants qui pendant 40 ans ont étudié les divers mouvements du maxillaire inférieur, inventé des appareils destinés à les reproduire et trouvé des méthodes pour le montage des dents artificielles.

En effet, en appliquant les règles données, en se servant d'un des articulateurs dits anatomiques construits depuis plus de dix ans, il est possible de confectionner des dentiers dont les surfaces triturantes soient adaptées à chaque cas particulier; car chaque cas exige des formes, un emplacement, une direction propres des cuspides, une profondeur variable du sillon longitudinal intercuspidien et, seule, une adaptation parfaite des surfaces triturantes peut permettre tous les mouvements d'incision et de latéralité, donner le plus grand pouvoir possible de mastication, sans compromettre la stabilité des dentiers, mais au contraire en l'assurant.

Or, pourquoi un si grand nombre de dentistes ne profitent-ils pas des avantages de ces nouvelles méthodes et se servent-ils encore des articulateurs à simple charnière, des dents artificielles à cuspides à peine marquées dont le pouvoir de mastication est très réduit et doit être compensé par une plus grande dépense d'énergie des muscles masticateurs, force qui se transmet aux gencives et leur fait

subir une pression qu'elles ne supportent pas toujours impunément ? Pourquoi, au contraire, n'emploie-t-on pas des articulateurs anatomiques et des dents artificielles à cuspides saillantes, bien modelées, « anatoform » par exemple, qui, convenablement retouchées, donneraient une très bonne mastication avec une force moins grande des muscles masticateurs ?

Comment expliquer que la majorité des dentistes paraisse se désintéresser des travaux touchant l'articulation, alors que cette articulation des dentiers complets est pour eux une source continuelle de difficultés ? Car le dentier complet, au contraire d'une pièce de prothèse partielle, ne peut pas être assujetti fortement dans la bouche. La pièce partielle, grâce à une solide rétention, peut supporter une erreur d'articulation tant que les dents-piliers résistent, sans que sa stabilité soit compromise. Le dentier complet, lui, ne peut fonctionner efficacement s'il y a été fait la moindre erreur dans les rapports des faces triturantes, car dans ce cas les cuspides se heurtent, s'accrochent au lieu de glisser les unes sur les autres, elles deviennent des agents de déséquilibre, et, comme l'instabilité des appareils est avant tout ce dont se plaignent les patients, les retouches supprimeront peu à peu les cuspides, détruisant l'efficacité des dents artificielles pour obtenir le plus possible de stabilité. Seule, une articulation parfaite peut assurer ensemble le maximum d'efficacité et de stabilité des dents artificielles en parlant et en mangeant.

Encore une fois pourquoi tous les dentistes n'essaient-ils pas d'établir cette articulation parfaite en suivant les méthodes indiquées par les auteurs qui se sont occupés de la question et surtout par Gysi ? Est-ce que le dentiste est arrêté par les mensurations à faire sur le patient ? Je ne le crois pas, cela étant facile et prenant peu de temps, bien moins qu'il n'en faut pour retoucher en bouche un dentier qui va mal. Est-ce alors que le collaborateur du laboratoire est dérouté par ces méthodes ? En ce cas on ne peut que regretter une fois de plus le manque absolu de livres et de

cours capables d'apprendre la partie technique de leur métier à tous nos aides du laboratoire, car il est nécessaire qu'ils soient initiés au problème de l'articulation, qu'ils étudient l'indispensable de mécanique, de métallurgie, de chimie pour s'intéresser davantage à leur profession, et cesser de travailler par simple routine. Que la difficulté de propagation de la méthode de Gysi vienne ou non de l'impossibilité de la pratiquer à l'atelier, il n'en est pas moins indiscutable qu'une difficulté pour ainsi dire insurmontable s'oppose à la propagation de cette méthode pour que le professeur Gysi ait lancé dans le commerce des articulateurs comme le « simplex » et le « simplex à trois points » qui donnent les mêmes mouvements pour tous les cas, n'exigent aucune mensuration sur le patient, alors que bien avant le professeur Gysi avait montré si clairement comment la plus légère variation dans l'inclinaison de la trajectoire des condyles et des incisives, dans l'emplacement des centres de rotation peut modifier la forme et la direction des faces triturantes, alors qu'il avait décrit quelles variations énormes on pouvait trouver d'un sujet à un autre et prouvé surabondamment la nécessité absolue de faire des mensurations sur chaque individu, alors aussi qu'il n'ignorait pas que la théorie du triangle de « Bonwill » est fausse, ainsi que l'on démontré MM. Choquet[1] et Frahm[2].

Toutes ces considérations et la conviction de la nécessité absolue d'adapter les surfaces triturantes de chaque cas particulier m'ont fait chercher bien avant 1913 un moyen rapide et pratique de trouver les rapports normaux des surfaces triturantes de chaque cas particulier et de donner à l'atelier un travail simple dans lequel aucune cause d'erreur ne puisse se glisser.

Le 6 janvier 1914 j'ai présenté à cette société une série

---

1. Communication à la Société d'odontologie du 12 janvier 1900, publiée le 30 mars 1909.

2. *Dental Cosmos*, mai 1914.

de faces triturantes en métal capables d'être adaptées à chaque cas par le patient lui-même. Elles sont composées de quatre jeux semblables. Chaque jeu est constitué par un morceau de demi-tube cylindrique (a^1 et a^2 fig. 1) ayant une longueur égale à celle du sillon intercuspidien de deux prémolaires et de deux grosses molaires placées côte à côte, le diamètre du tube est sensiblement égal à la largeur d'une cuspide de grosse molaire inférieure de S. S. White forme n° 15. Sur un côté de ce demi-tube, six petites plaquettes sont articulées par une charnière (C. fig. 1). Chaque jeu représente indistinctement des molaires inférieures ou supérieures selon l'emplacement du demi-cylindre. Pour les molaires inférieures le demi-cylindre a^2 tient lieu et place des cuspides externes, et les plaquettes des cuspides internes ; pour les molaires supérieures, le demi-cylindre a^1 remplace les cuspides internes et les plaquettes les cuspides externes (figure 1).

En plaçant ces faces triturantes adaptables sur des cires d'articulation à bases solides, en portant le tout en bouche et en soumettant les faces articulaires à l'action des muscles masticateurs pendant les mouvements de latéralité, j'obtiens automatiquement l'inclinaison des surfaces triturantes, la profondeur du sillon longitudinal intercuspidien. Les faces ainsi placées sur les cires servent de gabarit pour tailler les dents artificielles, leur montage se réduit à un travail purement mécanique supprimant toute cause d'erreur.

Les prémolaires et molaires artificielles taillées d'après le moulage de ces faces articulaires adaptables avaient toutes les caractéristiques de celles préparées par Gysi [1]. J'obtenais donc le même résultat que lui sans prendre de mensurations. Voici, rapidement résumé, l'appareil n° 1, que je présentai ici le 6 janvier 1914, qui fut publié dans *L'Odontologie* du 30 janvier 1914, et avec lequel je trouvai l'articulation d'une quarantaine de cas pendant l'année 1913. A la fin de cette année-là, pour

---

1. *L'Odontologie*, 1910, p. 478.

essayer de concilier l'esthétique et la mécanique, obtenir des dents artificielles une meilleure action et supprimer le travail de meulage, je modifiai mon appareil et ma mé-

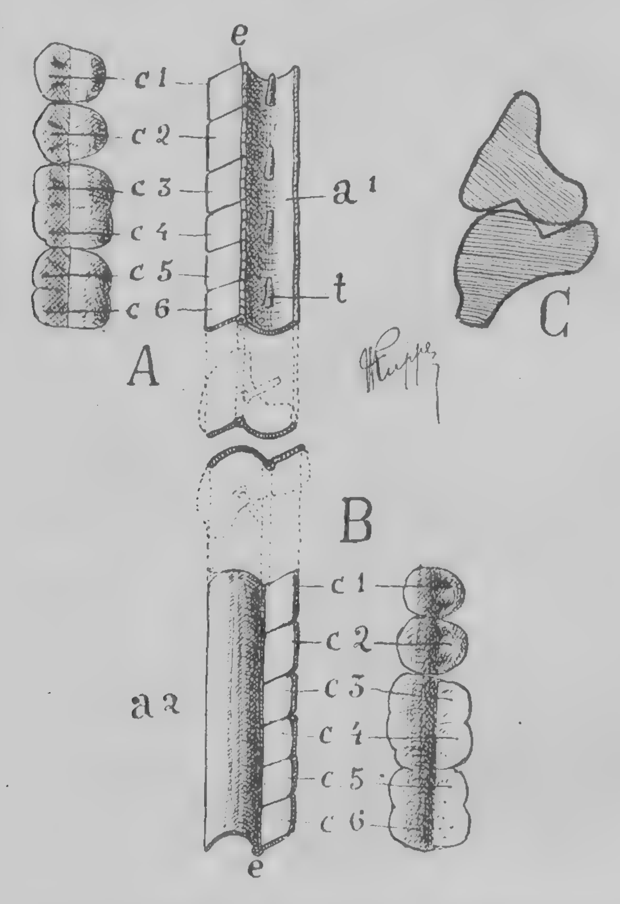


Fig. 1. — A une des deux pièces supérieures vue par sa face supérieure. a^1 demi-tube représentant les cuspides internes, t tenon pour fixer sur la cire. c Cuspides externes et les plaquettes correspondantes, e charnière. B appareil inférieur en place, a^2 demi-tube, c plaquettes et cuspides correspondantes. C forme des surfaces triturantes obtenues par les appareils et identiques à celles décrites par Gysi dans sa méthode.

thode et, pensant avoir mis le tout au point, je fis en 1914 une demande de brevet ; celui-ci me fut délivré le 21 avril 1914, sous le n° 468.308. Voici les parties essentielles de la description :

La présente invention a pour objet un dispositif permet-

tant de déterminer avec commodité et précision la conformation qui doit être donnée aux surfaces de mastication d'un dentier, pour qu'elles puissent non seulement venir en occlusion parfaite, mais encore se prêter aux divers mouvements fonctionnels normaux des mâchoires.

Ce dispositif, dit articulateur intra-buccal, comporte essentiellement une série de petites plaquettes de formes varia-

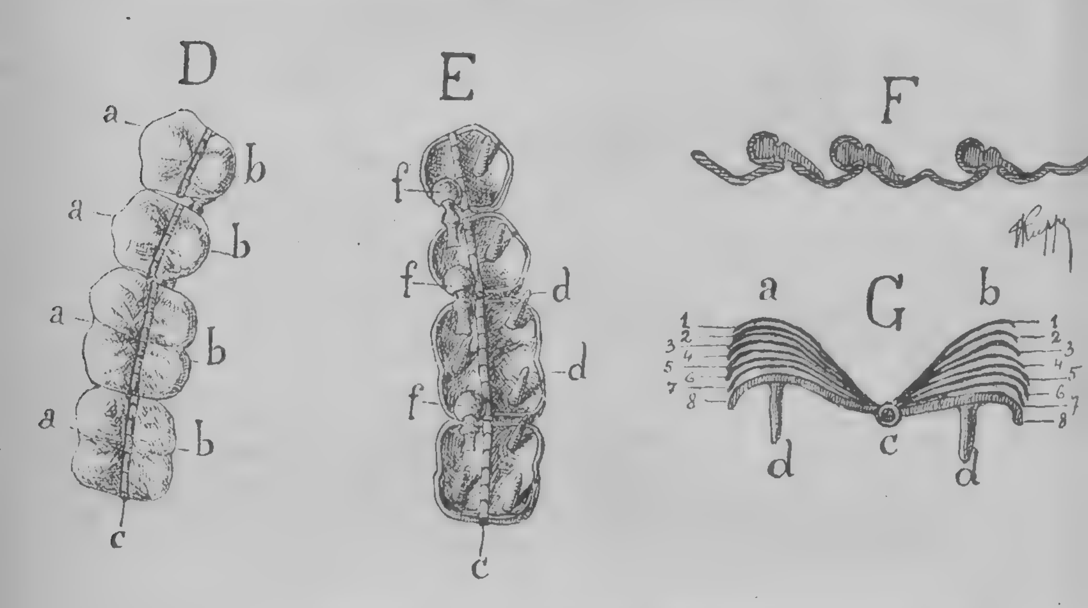


Fig. 2. — D jeu supérieur vu par sa face inférieure, a plaquettes représentant les cuspides externes, b plaquettes représentant les cuspides internes. E le même jeu vu par la face supérieure, d tenon pour fixer l'appareil sur la cire. f rotules reliant les dents entre elles, c charnière. F coupe de l'appareil du niveau des rotules dans le sens antéro-postérieur. G 8 degrés d'ouverture de l'angle a b c que doivent reproduire les dents artificielles.

bles, destinées à être placées sur les cires et représentant les divers éléments des surfaces triturantes des prémolaires et des molaires, toutes ces plaquettes étant reliées au moyen d'articulations qui leur permettent d'osciller indépendamment les unes des autres, tout en les maintenant sur une ligne prédéterminée qui correspond aux crêtes des maxillaires.

Les deux cires ayant été munies de ces plaquettes mobiles à l'atelier, sur les modèles en plâtre articulés après

la prise de l'occlusion, il suffira, après les avoir placées en bouche, de faire produire au patient des mouvements de mastication normaux pour que les plaquettes, en appuyant et en réagissant les unes sur les autres, se placent mutuellement dans les positions voulues. Ces positions seront prises et conservées grâce à la plasticité des cires posées sur des bases de godiva dur, de vulcanite ou de métal.

L'appareil pourra être alors utilisé à l'atelier comme gabarit pour choisir et placer les dents artificielles fabriquées spécialement pour reproduire les faces triturantes de cet appareil dans les divers degrés d'ouverture de l'angle formé par le sillon longitudinal intercuspidien dont le sommet est représenté par la charnière.

L'articulateur comporte quatre jeux de plaquettes articulées, une pour chaque groupe de deux prémolaires et de deux molaires. Chaque jeu est composé d'une série de plaquettes, a, b (figure 2) en métal, placées sur les deux côtés de charnières c ; la position de ces charnières correspond au sillon longitudinal des molaires et celles des plaquettes correspondent aux cuspides internes et externes.

Toutes ces plaquettes ont reçu par estampage ou autrement la forme des cuspides correspondantes, elles sont pourvues de tenons d, qui s'implantent dans la cire. En outre, les plaquettes externes des dents inférieures et les plaquettes internes des dents supérieures sont réunies les unes aux autres par de petites rotules f, qui permettent à chaque jeu de plaquettes de s'adapter à la courbe elliptique des arcades dentaires et à la courbe des surfaces de mastication dite courbe de compensation.

Les charnières permettent d'enregistrer la profondeur du sillon formé entre les cuspides internes et externes des petites et des grosses molaires.

Tel était l'articulateur intra-buccal n° 2 avec lequel j'avais fait les premiers essais de prise d'articulation. Il fallait pour les continuer et expérimenter la méthode faire

fabriquer des appareils et des dents. J'avais estimé que six teintes et huit formes — j'entends 8 représentations exactes des surfaces articulaires de l'appareil à huit angles différents d'ouverture du sillon longitudinal intercuspidien — auraient été suffisantes pour répondre à tous les besoins. Je pensais m'occuper activement de trouver le fabricant de l'appareil et des dents au moment où la guerre survint et m'obligea à abandonner tous mes projets.

Depuis mon retour de captivité je n'ai fait encore aucune démarche dans ce sens, persuadé que le moment n'était pas favorable pour intéresser un fournisseur à cette méthode.

En attendant de pouvoir réaliser mes projets, j'ai mis en pratique le procédé suivant :

Après la prise de l'occlusion, je confectionne définitivement la pièce inférieure du dentier. Pour placer en bonne position les surfaces triturantes des molaires inférieures je me sers des tableaux dressés par Gysi [1]. Ces tableaux indiquent l'inclinaison de la surface mastiquante et la profondeur du sillon intercuspidien des premières et des deuxièmes grosses molaires, cela pour toutes les inclinaisons de la trajectoire de l'articulation et trois positions d'écartement des centres de rotation : 8, 10, 12 centimètres. Pour utiliser ces tables, il faut donc mesurer sur chaque patient l'inclinaison de la trajectoire de l'articulation et la double trajectoire décrite par le sommet antérieur du triangle formé par le maxillaire inférieur dans les mouvements de latéralité ; pour cela il n'y a qu'à se servir de la méthode et des instruments de Gysi.

L'appareil inférieur étant monté d'après les principes généraux, ses surfaces articulaires ayant l'inclinaison indiquée par la table et les dents ayant été choisies parmi celles se rapprochant le plus de la profondeur du sillon indiquée, on le termine et on confectionne l'appareil supérieur en cire sur une base solide, on emploie les quatre incisives artificielles et la reproduction en feuille d'étain

1. *Odontologie*, 1916, pages 525 et suivantes.

remplie de cire des faces triturantes des canines, des prémolaires et des molaires.

Cette reproduction est faite par le modelage d'une feuille d'étain dans le moulage en plâtre stéariné des faces triturantes des molaires supérieures artificielles correspondant aux molaires inférieures du dentier ; le modelage de cette feuille d'étain soigneusement fait et terminé on coule un peu de cire ordinaire dans le fond des cuspides et quand elle est refroidie on coule dessus de la cire dure à inlay ou, de préférence, de la cire collante.

L'appareil supérieur étant monté avec quatre dents artificielles et la reproduction des autres, on place les deux appareils en bouche en les faisant adhérer fortement avec la poudre de gomme adragante et on fait exécuter par le patient les divers mouvements de mastication qu'il peut produire en surveillant bien attentivement, pour les régler, la passe des canines et le contact des molaires dans les mouvements de protrusion du maxillaire inférieur.

Après plusieurs essais de fonctionnement les dents inférieures artificielles creusent peu à peu leur chemin dans les cuspides légèrement modelables des dents supérieures. Quand on s'est assuré que les cuspides glissent bien les unes sur les autres, que les mouvements de protrusion sont compensés par le contact des dernières molaires, que les canines inférieures tournent les supérieures sans les accrocher, on fait alors le surmoulage des surfaces triturantes supérieures ainsi adaptées et le surmoulage servira à placer les dents artificielles supérieures et à faire les retouches pour les rendre identiques à leurs reproductions en étain modifiées en bouche.

Ce petit procédé peut être employé pour la confection des couronnes métalliques, il suffit de coller à la cire une face articulaire en feuille d'étain sur le plateau brasé de la bague, de porter le tout en bouche pour adapter la face articulaire à celle des dents voisines. Pour les bridges, réunir les piliers par une bande de métal (or à 18 au 12) de la largeur des faces triturantes des dents et coller dessus

à la cire des faces articulables en feuille d'étain, porter en bouche, pour faire adapter [1].

Je veux vous exprimer mon profond regret de ne vous apporter ici que mes essais de 1914 ; à cette époque j'avais pensé faire mieux. Je vous prie aussi de m'excuser d'avoir encore retenu votre attention avec cette question. Si je me suis permis de la remettre à l'ordre du jour, c'est parce que mon ami M. Georges Villain me l'a conseillé et aussi parce que je voudrais voir les chercheurs de notre profession s'y intéresser. Je crois, en effet, que le meilleur articulateur anatomique ne vaut pas le maxillaire inférieur de chaque patient, et que la solution pratique, à la portée de tous, ne peut s'obtenir que par l'enregistrement buccal automatique de l'articulation de chaque cas, mais l'appareil enregistreur idéal est encore à trouver.

---

1. Pour faciliter la mise en place de ces faces articulables il est préférable de prendre des empreintes comme il est d'usage ; grâce à celles-ci, on place à l'atelier les surfaces articulables en occlusion et après leur séjour en bouche elles servent de gabarit pour terminer les pièces.

REVUE DES REVUES

LA GREFFE OSSEUSE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DÉSUNIES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Par W. Maxwell-Munby et A. D. E. Shefford

Nous publions ci-après les résultats obtenus par la greffe osseuse dans ce traitement au deuxième hôpital général du Nord, à Leeds.

Les cas qui forment la série actuelle furent tous opérés l'an passé, sauf un, tandis que les résultats présentés sont ceux qui ont été obtenus à des périodes variant de 6 à 10 mois après l'opération et quand les patients avaient quitté l'hôpital. L'exception est notre premier cas, opéré il y a 3 ans. Le manque des appareils nécessaires, les difficultés au milieu desquelles eut lieu l'opération, les résultats sans succès obtenus ne nous encouragèrent pas alors à continuer cette méthode de traitement.

Les cas de fractures désunies de la mâchoire résultant de coups de feu traités dans cette série se divisent en deux classes : 1° ceux ayant des dents dans les deux fragments ; 2° ceux n'ayant pas de dents dans le fragment postérieur.

L'origine de la greffe a varié ; dans les premiers cas (1 à 10), la greffe libre était invariablement employée, tandis que dans les derniers (11 à 17), nous avons adopté une greffe pédiculée provenant de la mâchoire inférieure. Dans les premiers cas, la greffe provenait de la crête de l'os iliaque ; dans tous, sauf le premier et le dernier où les greffes provenaient respectivement du tibia et de la mâchoire, les méthodes de fixation de la greffe ont varié.

Immobilisation des fragments. — Dans chaque cas, on a employé la coiffe de métal coulé et l'attelle. Cimentées aux dents de la mâchoire inférieure, le déplacement ayant été réduit et l'occlusion normale rétablie quand c'était possible, et à celles du maxillaire supérieur, ces attelles sont solidement unies ensemble, l'articulation étant tenue ouverte de 12 millimètres. Dans les derniers cas, ces attelles étaient séparables l'une de l'autre par des vis amovibles opérant dans des brides fixées aux attelles des maxillaires supérieurs et inférieurs séparément. Ces brides s'adaptaient exactement l'une sur l'autre

pour empêcher tout mouvement. Cette pratique a été jugée avantageuse pour l'anesthésiste et a une grande valeur en cas de complication post-opératoire. Quand le fragment postérieur est sans dents, l'union peut être essayée cliniquement en séparant les attelles temporairement.

Dans aucun de ces cas nous n'avons essayé de maintenir le fragment postérieur lâche par un appareil quand il était dépourvu de dents.

Les attelles sont portées 3 à 4 mois après l'opération avant d'être enlevées. En cas d'union imparfaite, quand on les enlève, ce que nous avons toujours constaté quand nous employions des greffes libres, nous mettions une coiffe ou une attelle en barre aux dents de la mâchoire inférieure pour une nouvelle période où nous ajustions des dentiers. Ceux-ci ont un effet stabilisant défini, surtout quand il y a des dents dans les deux fragments. Enfin, au bout de 6 à 9 mois, ou l'union était complète, ou l'amélioration était grande.

En cas de greffe pédiculée, lors de l'enlèvement des attelles, l'union était absolument solide ou présentait très peu de mobilité, avec peu ou point d'impotence. Dans ce dernier cas, l'immobilité complète se produit en très peu de temps.

L'opération n'a jamais été pratiquée avant 7 mois au moins après la blessure ou avant que le traitement ait duré 5 ou 6 mois. Les blessures externes ont toujours été guéries complètement 4 mois au moins avant l'opération.

Technique opératoire. — Un lambeau courbé, avec le centre opposé au siège de la fracture, est relevé, exposant l'extérieur de l'os autant qu'il est nécessaire.

Dans les cas où une greffe libre doit être employée, les extrémités des deux fragments sont suffisamment dégagées pour permettre l'enlèvement d'une portion osseuse suffisante pour exposer la cavité médullaire au moyen de la scie électrique ; on enlève également les tissus fibreux entre les fragments. On pratique alors une incision sur la crête de l'os iliaque, on détache le tissu musculaire et l'on enlève une portion d'os suffisante pour remplir le vide entre les fragments mandibulaires. Cette portion, avec le périoste adhérent, est alors calée, si possible, dans la cavité médullaire ou fixée au moyen de ligatures en catgut épais aux extrémités des fragments. Des sutures profondes de catgut fin rapprochent les tissus mous et la peau est suturée sans drain.

En cas de greffe pédiculée, les préliminaires sont les mêmes. Les extrémités de l'os ayant été exposées, une incision est pratiquée dans le périoste recouvrant la surface extérieure de la

mâchoire inférieure de 1 centimètre au-dessus du bord inférieur du fragment sur lequel la greffe sera prélevée. Un morceau d'os légèrement plus grand que le vide destiné à former pont est détaché de ce fragment avec une scie électrique et un pédicule de muscle est suffisamment dégagé pour permettre à la greffe de se mouvoir librement, sans tension, dans la séance. Une entaille est pratiquée à la gouge dans le coin inférieur de l'extrémité libre de l'autre fragment et la greffe est mise en position. Elle peut être fixée avec du catgut fin suturé à travers le périoste ou au moyen de fil d'argent passé au travers du corps de l'os et de la greffe.

A moins d'un grand suintement, le drain est inutile et la blessure est fermée par des sutures interrompues. Inutile de dire que la cavité buccale ne doit pas être atteinte.

Conclusions. — 1° La greffe osseuse donne les meilleurs résultats quand il y a des dents sur les deux fragments, qui peuvent alors être complètement maintenues par une attelle. Sur 9 cas de ce genre, dans tous, sauf le premier (le plus ancien), il y eut union au bout de 10 mois.

2° Quand le fragment postérieur est dépourvu de dents, l'opération n'est indiquée que si la pseudarthrose est très lâche et une amélioration marquée peut être obtenue, même si l'union de la greffe est imparfaite. Quand il y a déjà union fibreuse solide causant peu ou point d'impotence, l'opération n'est pas indiquée. Il y a eu 8 cas dans cette série ; dans 2, l'union osseuse fut obtenue, 3 furent considérablement améliorés, 1 légèrement amélioré, 2 ne se modifièrent pas.

3° Les résultats donnés par les greffes pédiculées sont meilleurs que ceux des greffes libres, en ce sens que les premières abrègent notablement la période entre l'opération et la survenance de l'union. Dans cette série, quand les deux fragments avaient des dents, l'union fut obtenue dans tous les cas, sauf un, à l'enlèvement des attelles, 3 mois après l'opération, quand la greffe pédiculée fut employée. Lorsqu'il n'y a pas de dents sur le fragment postérieur, les meilleurs résultats sont également obtenus par la greffe pédiculée. Dans un cas, l'union osseuse fut obtenue ; dans le second, l'amélioration, susceptible de se transformer en union osseuse, est considérable.

4° Quand il y a un grand vide entre les fragments, la greffe pédiculée ne convient pas, surtout si les deux extrémités des fragments sont pointues. La greffe libre est alors préférable. Celle-ci donne les meilleurs résultats quand elle peut être calée en position et le périoste suturé avec du catgut fin.

5° L'absence d'infection de la blessure est essentielle pour

assurer des résultats satisfaisants. Dans 3 cas consécutifs, où un tendon de kanguroo fut employé pour fixer la greffe, il y eut un peu d'infection, 2 ne présentèrent pas d'amélioration et le 3e n'en présente que peu. La radiographie montra que ces greffes se résorbaient lentement.

6° La quantité d'eschare existant dans le champ de l'opération ne semble pas influer sur le résultat, sauf qu'une légère suppuration du lambeau de peau peut survenir.

7° Les radiographies des fractures à l'angle de la mâchoire inférieure ne montrent pas l'étendue exacte du vide, qui est souvent plus grande qu'il ne semble, parce que le fragment postérieur se déplace généralement en dedans et se trouve sur un plan plus bas que l'antérieur. (*Laucet*, 21 juin 1919.)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

LE STABILISATEUR DENTAIRE

Les problèmes de la prothèse dentaire opératoire.

Par Pierre ROSENTHAL.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 4 novembre 1919.*)

La prothèse dentaire opératoire a beaucoup évolué au cours de ces dernières années; mais il faut reconnaître que, dans cette évolution, la pratique n'a pas marché de pair avec la théorie. Que voyons-nous en effet?

D'une part, un principe : la nécessité proclamée par tous les auteurs de remplacer l'exécution empirique par des procédés mécaniques; d'où la proscription des cavités en formes de cuvette, l'adoption des cavités à fond plan et à formes géométriques, et l'extension du parallélisme aux piliers, pivots et ancrages à mortaise, dans les travaux à pont.

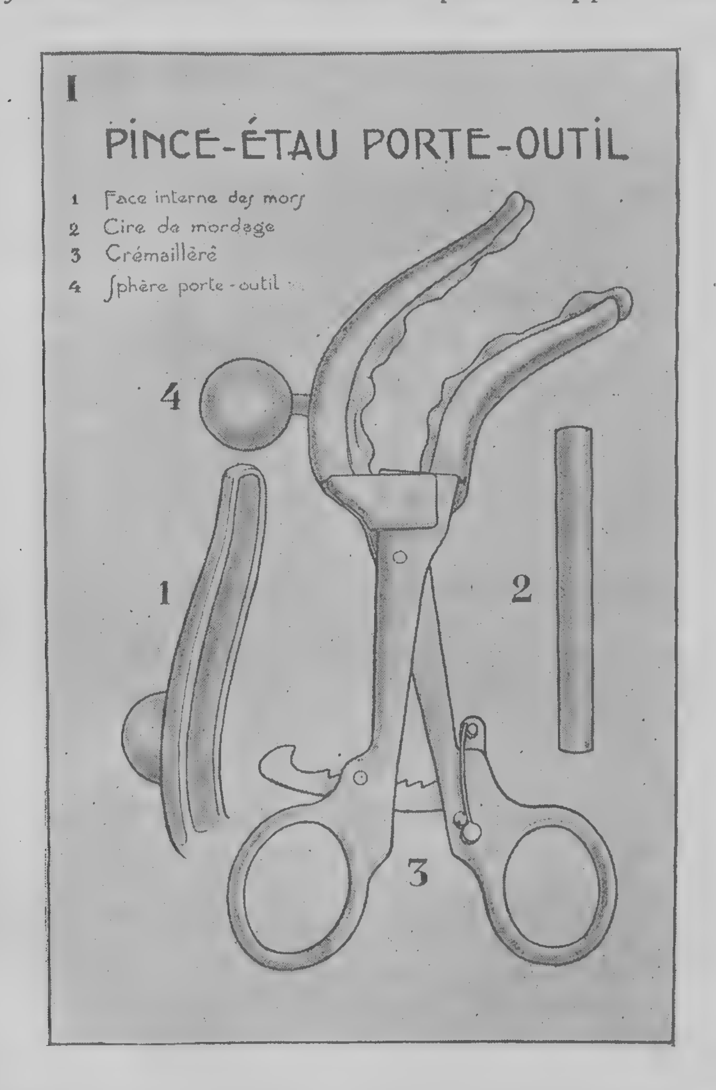
D'autre part, pour la réalisation de ce principe, notre instrumentation n'a pas changé. Or, chacun sait qu'avec cet outillage, quelque habile que soit la main de l'opérateur, un travail rigoureusement mécanique est matériellement impossible. Impossible sur un modèle et, à plus forte raison, sur une bouche vivante, où les difficultés d'exécution (trouver un point d'appui convenable, stabiliser le plan de travail et le maintenir constant) s'aggravent par les mauvaises conditions d'accès et de visibilité. Ces problèmes se posent chaque jour aux professionnels, et personne, jusqu'à présent, n'a songé à les résoudre. En réalité, ils se réduisent aux trois propositions suivantes :

1° Etablir un point d'appui fixe sur le côté de la mâchoire où le travail doit s'effectuer ;

2° Réaliser un système mécanique qui permette, en premier lieu, d'établir un plan de travail ne pouvant se déplacer que parallèlement à lui-même, et, en second lieu, de

maintenir constamment la fraiseuse dans ce même plan ;

3° Quelle que soit la position donnée au système, trouver le moyen de le rendre solidaire du point d'appui fixe.



Leur solution par le stabilisateur dentaire.

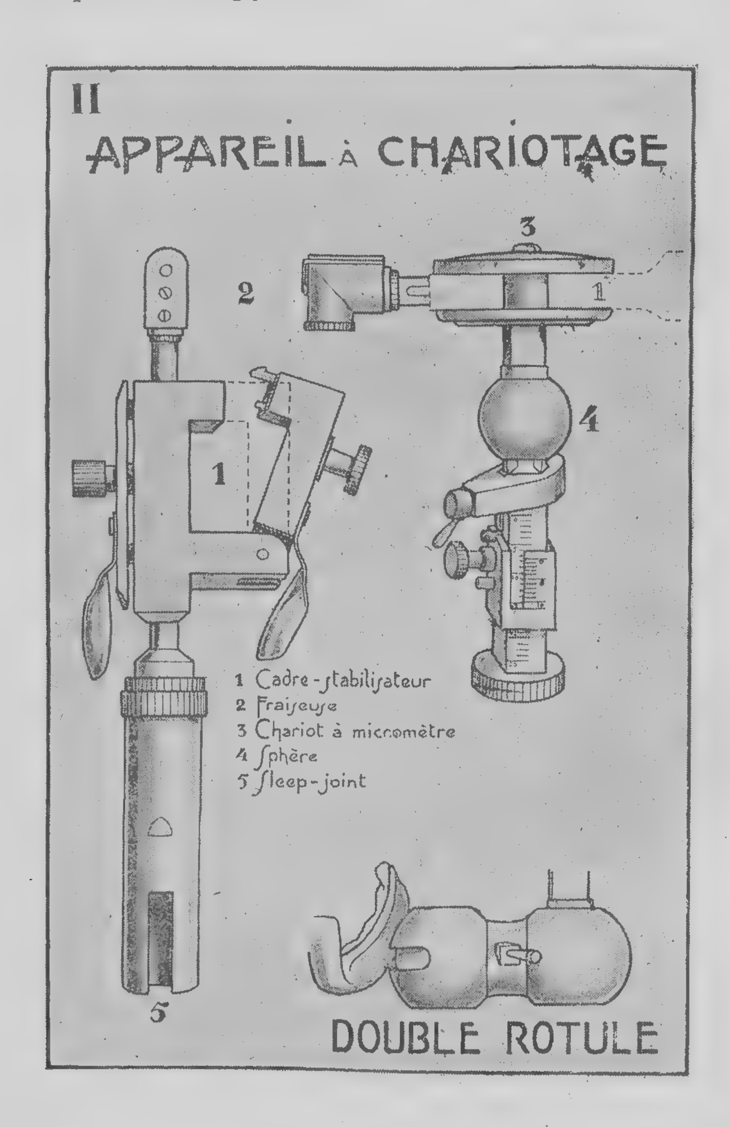
Nous avons imaginé, pour résoudre ces trois propositions, un appareil dénommé Stabilisateur dentaire qui, nous allons le démontrer, apporte la solution cherchée :

Cet appareil se compose :

1° D'une pince étau porte-outil ;

2° D'un système mécanique à chariotage ;

3° D'une double rotule destinée à assurer la connexion des deux premiers appareils.



Voici comment cet ensemble mécanique résout le problème posé :

1° Le point d'appui fixe est assuré par la pince-étau (pl. 1). Elle rappelle, quant à sa forme, la pince dite « hémostatique », et, grâce à la longueur et à la courbure

de ses mors (fig. 1) elle peut aisément s'adapter à la partie de l'arcade dentaire où le travail doit s'effectuer. En garnissant chacune des deux surfaces de mordage d'un bourrelet préparé avec une cire spéciale (fig. 2), on obtient le contact absolu entre la pince et les faces latérales des dents. Ce contact est rendu permanent au moyen d'une crémaillère sur champ et à cliquet (fig. 3).

Une sphère, formant porte-outil (fig. 4), fixée par un court tenon à la surface libre du mors externe, complète la pince-étau.

Une collection de quatre pinces suffit à toutes les exigences de la pratique courante.

2° Le système mécanique, qui résout le deuxième problème, est représenté par un appareil à chariotage (pl. II), dont voici les parties essentielles :

a) Un cadre-stabilisateur (fig. 1) à forme rectangulaire, dont l'un des longs côtés donne passage au manche d'une fraiseuse à angle droit (fig. 2). L'autre long côté est articulé et muni d'un fermoir ; il peut ainsi s'ouvrir et se fermer à volonté.

b) Un chariot à micromètre (fig. 3) comportant une tige carrée, sur laquelle est fixé un double-plateau. C'est dans ce double-plateau que viendra s'engager à frottement doux le cadre-stabilisateur.

La tige carrée coulisse successivement à travers une sphère (du même calibre que la sphère porte-outil) et un tube carré faisant corps avec elle. Un dispositif micrométrique, de l'ordre du dixième de millimètre, commande les déplacements de la tige et, par conséquent, ceux du cadre stabilisateur engagé dans le double-plateau.

Il est à peine besoin de dire que la fraiseuse étant d'équerre ne pourra se mouvoir que dans un seul plan : celui qui aura été choisi comme plan de travail ;

3° Le troisième problème est résolu au moyen de deux coquilles formant avec la sphère porte-outil et celle du chariot une double articulation à rotule (pl. II). Un boulon de serrage permet d'immobiliser le système

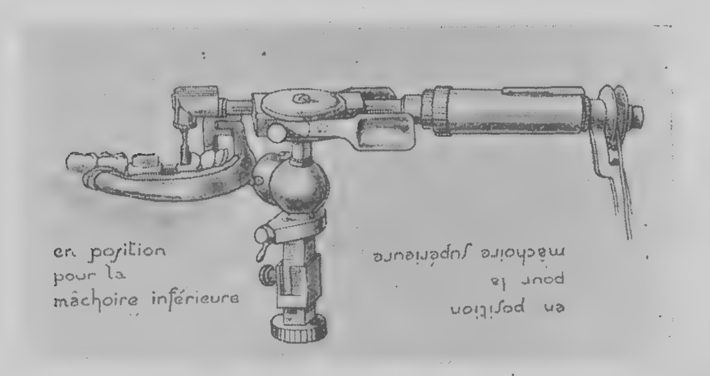
et de rendre l'appareil à chariotage solidaire de la pince-étau.

Le stabilisateur dentaire est donc un instrument de précision formant machine à rectifier, destiné à terminer un travail préalablement ébauché par les moyens habituels.

Pratique opératoire.

Le maniement du stabilisateur dentaire est d'une extrême simplicité et peut se décomposer de la manière suivante :

1° La pince convenable (munie d'avance de ses bourrelets



de cire) une fois choisie et légèrement chauffée, est placée dans la bouche, serrée et fixée à l'aide de la crémaillère, sans qu'il en résulte pour le patient ni gêne, ni douleur ;

2° La sphère du chariot à micromètre est réunie à celle de la pince-étau au moyen de la double rotule, dont le boulon de serrage va immobiliser l'appareil et fixer le plan de travail ;

3° Le cadre-stabilisateur, muni de la fraiseuse, est engagé entre les deux plateaux ;

4° La fraise amenée en contact avec la matière à travailler et la connexion avec le moteur établie, une première passe est exécutée. Les suivantes sont réglées au micromètre.

Les manœuvres de la pince et l'orientation du plan de travail, peuvent s'exécuter en dehors de la présence du patient, sur un modèle en plâtre, d'après une empreinte

prise à l'aide d'une matière plastique quelconque. L'intervention en bouche se borne alors à serrer en place la pince (dont les empreintes préformées s'adaptent exactement aux sinuosités de l'arcade dentaire), à engager la fraiseuse et à effectuer le travail d'excavation géométrique.

Cette description sommaire du stabilisateur dentaire suffit pour que les avantages de cet instrument n'échappent pas à la sagacité des hommes de l'art. Il n'en est pas un parmi eux qui ne sache, par expérience, à quel point la lutte est pénible contre une matière aussi résistante et à surface aussi réduite que la matière dentaire ; pas un dont la patience n'ait été mise à l'épreuve par les difficultés de toutes sortes inhérentes à l'instabilité du plan de travail ; pas un qui, ayant trouvé pour tel cas particulier une solution mécanique précise, n'ait vu sa conception avorter, ou tout au moins dévier, faute d'un outillage propre à la réaliser.

Avec le stabilisateur dentaire ces inconvénients disparaissent : la main, libérée de l'effort que réclame le maintien d'un point d'appui, s'allège et s'affermit ; le travail se poursuit sans heurts, par passes successives, réglages à volonté ; les difficultés d'accès et de visibilité disparaissent ; toute conception mécanique devient réalisable et s'exécute avec précision d'une manière automatique et intégrale ; enfin, le rendement du travail de cabinet augmente dans des proportions considérables, par le fait même que les problèmes à résoudre se trouvent réduits à leurs facteurs essentiels.

En présentant pour la première fois officiellement le stabilisateur dentaire, devant une assemblée professionnelle éprise de progrès, j'ai le ferme espoir de me faire des partisans de la première heure, dans la lutte que je vais avoir à entreprendre contre ce tenace adversaire : La Routine.

REVUE ANALYTIQUE

Par P. VANEL.

Le citron dans le traitement des stomatites et des glossites.

(Leven. — *Société de thérapeutique*, 12 mars 1919.)

Le citron a été depuis longtemps préconisé et employé avec succès dans diverses affections : stomatites scorbutiques, angines, rhumatismes, goutte. M. Leven, dans sa communication à la Société de thérapeutique, expose que les stomatites les plus variées, les glossites les plus diverses de toutes origines, non modifiées par les traitements les plus connus, peuvent également être heureusement influencées par le jus de citron intus et extra à la dose d'un citron par jour.

M. Leven a vu guérir, grâce à ce traitement, aussi bien des glossites simples que des glossites spécifiques rebelles au traitement mercuriel; aussi bien des glossites banales que des glossites exfoliatrices dont on connaît la résistance à la thérapeutique et les manifestations si douloureuses qui rendent l'alimentation difficile.

Le mode d'emploi est le suivant : le jus recueilli de la moitié d'un citron est utilisé en attouchements pluriquotidiens ; l'autre moitié coupée en tranches est sucée par le malade.

D'une façon générale on peut dire que le jus de citron donne d'heureux résultats dans tous les cas de stomatites et glossites, herpès, aphtes, angines, lésions spécifiques, buccales, gingivites, stomatites ulcéreuses..., etc., etc.

Je dois dire pour ma part que j'ai depuis longtemps employé le jus de citron dans la pyorrhée alvéolaire à la plus grande satisfaction de mes malades et de moi-même. Le jus de citron ne guérit pas, bien entendu, la pyorrhée, mais il apporte au patient un grand soulagement, ce qui n'est pas à dédaigner.

Ankylose temporo-maxillaire bilatérale opérée par un procédé original et simple de résection de la branche montante et de l'articulation.

(*La policlinique*, Valence, février 1919.)

L'auteur décrit la technique employée par lui pour réduire une ankylose temporo-maxillaire avec trismus complet. On fait une incision horizontale le long de l'arcade zygomatique, puis on rugine l'os de très près en décollant le masséter ; on évite ainsi presque sûrement le facial et le paquet vasculo-nerveux, le canal de Sténon. On pratique alors une section de la branche montante tangeante au bord de l'échancrure sigmoïde, puis on bascule et résèque le condyle et on abat à la pince gouge l'apophyse coronoïde. On obtient de cette façon une pseudarthrose permettant le jeu normal de la bouche et en même temps un bon articulé dentaire. Cette observation m'a paru intéressante à rapporter, car le procédé est simple, ingénieux, non mutilant et exécutable sous anesthésie locale.

Divisions du voile et de la voûte palatine.

(Professeur Delbet. — *Journal des Praticiens*, 7 juin 1919.)

En présentant une malade atteinte de division du voile et de la voûte, le professeur Delbet fait sur ce sujet une leçon clinique intéressante ; nous la rapportons en regrettant qu'il ne soit pas fait mention dans cette leçon de la prothèse restauratrice qui, quoique délicate à exécuter, n'en a pas moins donné dans certains cas des résultats satisfaisants. On ne doit pas méconnaître que la prothèse restauratrice peut toujours venir heureusement en aide à la chirurgie.

Cette lésion se révèle dès l'abord par la manière caractéristique dont parle le malade. Il s'agit bien d'une division et non d'une perforation. Ces deux termes ne sont pas synonymes ; les divisions sont des malformations congénitales, les perforations sont syphilitiques, tuberculeuses ou traumatiques. Les lésions syphilitiques sont médianes et arrondies ; les lésions tuberculeuses sont irrégulières et de sièges variables. Dans les divisions congénitales on observe divers degrés, depuis la luette bifide qui ne gêne ni la déglutition, ni la phonation jusqu'à la gueule de loup. Les troubles de la phonation amènent ces malades à réclamer une intervention ; ces troubles sont le nasonnement et les vices de prononciation (impossibilité de prononcer les d, k, g, p). Le vice de prononciation tient non seulement à la fente du palais, mais aussi à la longueur du voile. Le résultat opératoire est d'autant meilleur que le voile est long. Le palais court est celui qui redressé ne mesure pas la distance qui sépare les incisives de la paroi postérieure du pharynx ; pour mesurer le palais redressé il faut prendre une bandelette de papier souple sur une petite spatule et l'appliquer depuis la moitié de la luette jusqu'au bord incisif : ordinairement on trouve 7 à 8 centimètres ; si on trouve 5 centimètres les résultats opératoires sont médiocres ; si on trouve 9 centimètres les résultats sont excellents.

Pour réparer ces lésions, le problème consiste à ramener les deux bords de la fente au contact et à les réunir sur la ligne médiane. La technique consiste à aviver les bords, à suturer et à mobiliser les lambeaux pour qu'ils viennent en contact sans tension. Il suffit pour cela de décoller à la rugine par de petites incisions d'engagement la fibromuqueuse; d'autre part, les malades ayant toujours des palais en ogive, le simple abaissement arrive à joindre les bords sur la ligne médiane.

Il est à noter que la cause de ces malformations étant la syphilis héréditaire, il faudra faire suivre à ces malades un traitement spécifique avant d'opérer. Enfin il faut rappeler que l'éducation tient une place capitale dans le traitement de ces troubles de phonation et que pour obtenir un résultat satisfaisant il faudra pratiquer une véritable rééducation phonétique du sujet.

Essai de reconstitution totale du massif maxillaire inférieur par des greffes cutanées, muqueuses et osseuses.

L. Dufourmentel. — *La Restauration maxillo-faciale*, mars 1919.)

La destruction totale de la branche horizontale du maxillaire infé-

rieur et de son enveloppe de tissus mous, peau et muqueuse, accompagnée d'une perte plus ou moins importante de la langue, semblait être restée jusqu'à ce jour au-dessus des ressources de la chirurgie restauratrice.

Plusieurs essais de reconstitution avaient été tenté, mais on n'avait obtenu que des résultats incomplets. Ces mutilations de la face sont épouvantables, esthétiquement, moralement et physiologiquement parlant ; elles intéressent à la fois le chirurgien et le dentiste et toutes les interventions intéressantes en ce genre semblent devoir recevoir la plus grande publicité possible pour le grand bien de ces pauvres mutilés.

L'observation publiée par M. Dufourmentel se signale et par la nouveauté du procédé et par le bon résultat obtenu après un traitement de courte durée. Le blessé était amputé du massif maxillaire inférieur selon une ligne allant de la fente buccale aux angles du maxillaire. Il ne restait rien de la branche horizontale ni de son enveloppe, c'est-à-dire que la lèvre inférieure, le plancher de la bouche, le menton, les plans sus-hyoïdiens étaient détruits ; de l'os hyoïde il restait quelques fragments qui s'étaient soudés les uns aux autres, n'ayant d'autre soutien antérieur que le moignon de langue conservé ; celui-ci lui-même n'était accroché que par ses attaches postéro-snpérieures, les faisceaux musculaires stylo et pharyngo-glosses. Il n'y a plus de bouche, mais un vaste orifice antéro-postérieur d'où la salive s'écoule en permanence ; l'alimentation normale et la parole sont impossibles.

La difficulté d'une bonne reconstitution de cet ensemble tient justement à l'absence de tout soutien antérieur, si bien que les lambeaux cutanés prélevés sur le cou subissent toujours une rétraction constante et progressive vers leur point d'attache. Pour arriver à combattre cette rétraction un seul moyen a paru efficace à M. Dufourmentel : c'est de prélever le lambeau cutané sur le crâne et de le greffer de telle façon qu'il réalise une véritable sangle sous-buccale dont la rétraction ne puisse attirer la nouvelle lèvre inférieure qu'en haut. Il fut ainsi prélevé sur le cuir chevelu un lambeau allant d'une oreille à l'autre et passant par le vertex ; ce déplacement considérable de 30 centimètres de longueur sur 6 à 7 de long a donné rapidement un résultat tout à fait satisfaisant, si bien que l'auteur reste persuadé que c'est là le meilleur procédé, sinon le seul utilisable. Par la suite il est greffé un fragment de tibia de 12 centimètres de long et deux de large coudé sur lui-même. La consolidation n'était pas encore définitive au moment de la publication de cette observation ; le résultat obtenu ne sera parfait que si cette consolidation s'effectue, mais dès maintenant on peut le considérer comme étant très satisfaisant puisque la salive ne s'écoule plus, que l'alimentation est aisée et que la parole s'exerce d'une façon sensiblement normale.

Appareil prothétique pour réduction de fractures anciennes du maxillaire supérieur. Chariot à glissière avec vis de rappel.

(Frison. — *La Restauration maxillo-faciale*, mars 1919.)

Pour M. Frison, la réduction de certaines fractures anciennes du

maxillaire inférieur avec perte de substance plus ou moins étendue, mais toujours en voie de consolidation vicieuse, est parfois fort difficile à obtenir. On rencontre fréquemment des blessés qui présentent des fragments orientés vicieusement et qu'il est impossible de réduire par action manuelle alors que la consolidation est cependant incomplète. Le rétablissement extemporané de l'articulé normal est impossible et seules deux solutions se présentent pour corriger la difformité en voie d'installation définitive :

1° L'intervention chirurgicale, l'ostéotomie;

2° L'intervention prothétique.

Dans quelques-uns de ces cas, l'auteur, préférant avec juste raison, l'intervention prothétique à toute autre, a utilisé un appareil qu'il a imaginé et qu'il dénomme chariot à glissière avec vis de rappel.

Cet appareil très ingénieux, mais délicat, répond aux conditions suivantes :

1° Exercer sur le fragment à réduire et non sur les dents que ce fragment supporte une action très vigoureuse sans blesser la gencive ;

2° Conserver à ce fragment une orientation verticale normale, indispensable pour assurer un bon articulé, éviter en un mot tout mouvement de bascule ;

3° Immobiliser aussi parfaitement que possible l'autre fragment.

L'appareil se compose :

1° D'une selle emboîtant le fragment à réduire sur laquelle sont soudés un plateau de glissement et des tubes filetés destinés à recevoir la vis de rappel. Sur le fragment à réduire on scelle une gouttière sur laquelle s'applique très exactement la selle ; celle-ci est fixée par une clavette introduite dans des tubes horizontaux vestibulaires. De cette façon la forte pression nécessaire pour obtenir la réduction ne s'exerce pas sur la muqueuse ;

2° D'une glissière soudée sur un appareil supérieur et dans laquelle le plateau de glissement exactement emboîté doit se mouvoir au cours de la réduction ;

3° D'un appareil supérieur destiné à porter la glissière et à immobiliser au moyen d'une mortaise le fragment inférieur. La glissière est fixée à l'appareil supérieur par des clavettes, elle est donc facilement démontable et ce dispositif présente ainsi l'avantage de conserver les mêmes appareils pour la contention des fragments, après leur réduction ; pour cela les appareils sont confectionnés sur des moulages, reconstitués en position normale et munis de tubes d'ancrage destinés à bloquer les mâchoires l'une sur l'autre.

Il est à remarquer que le volume de cet appareil est énorme et qu'il est par conséquent très gênant, ce qui est un gros inconvénient ; fort heureusement la durée de son maintien en bouche est relativement courte, une à deux semaines.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET MODIFIANT LES DÉCRETS DES 11 JANVIER 1909 ET 20 JUILLET 1912 RELATIFS AUX ÉTUDES EN VUE DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Vu le décret du 11 janvier 1909 portant réorganisation des études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ;

Vu le décret du 20 juillet 1912 modifiant l'article 8 du décret précité ;

Le Conseil supérieur de l'Instruction publique entendu,

Décrète :

Article premier. — Le paragraphe 3 de l'article 8 du décret du 11 janvier 1909, modifié par le décret du 20 juillet 1912, est modifié ainsi qu'il suit :

Est ajourné à la session suivante tout candidat qui n'a pas obtenu, pour chacune des épreuves de l'examen de validation de stage, le nombre de points indiqué ci-après :

Dessin	10
Modelage	10
Prothèse	20
Interrogations	10

De l'insuffisance de la note résulte un échec partiel à la session de juillet.

A la session d'octobre, l'examen ne porte, dans ce dernier cas, que sur les matières pour lesquelles le candidat a échoué. Si tous les échecs partiels ne sont pas réparés en octobre, l'étudiant recommence entièrement l'année pour subir à nouveau et en entier l'examen de validation.

Art. 2. — Les paragraphes 6 et 7 de l'article 11 du décret du 11 janvier 1909 sont modifiés ainsi qu'il suit :

Le troisième examen comprend :

A. — Une observation d'un malade, en spécifiant dans tous ses détails la restauration prothétique ou le traitement orthodontique à exécuter.

B. — Une préparation de dent ou racine pour la pose d'une couronne artificielle (coiffe ou dent à tenon avec bague).

Une confection de bague ou pivot avec ajustage.

Il est entendu que les coiffes ne devront être établies que sur les grosses molaires.

C. — Une prise d'empreinte, d'occlusion ou d'articulation. Le candidat devra, en outre, établir toutes les combinaisons de l'appareil et ses modes de rétention ; il fera le choix des dents, leur montage et l'essayage de l'appareil en cire.

Durée totale de l'examen : huit heures.

Art. 3. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 13 février 1920.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

André HONNORAT.

(*Journal officiel du* 18 *février* 1920.)

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale du 9 décembre 1919.

ALLOCUTION PRONONCÉE PAR M. GODON, PRÉSIDENT-DIRECTEUR

Mes chers collègues,

Notre première pensée, en nous retrouvant ici, dans cette assemblée générale, après la terrible tourmente qui s'est abattue sur notre pays et pendant près de six années en a interrompu la vie normale et, par suite, celle de nos sociétés, notre première pensée, dis-je, doit s'élever en un hommage reconnaissant envers tous ceux qui, par leur dévouement et leurs grands sacrifices, ont contribué au salut de la patrie, particulièrement envers la mémoire des membres de la profession qui ont leur place parmi les morts. Honneur à eux ! Honneur aux blessés !

Notre très dévoué secrétaire général, mon ami G. Villain, et notre excellent trésorier Bioux, un des ouvriers de la première heure, vous ont rappelé dans de très complets rapports de ces six années — 9 décembre 1913 — 9 décembre 1919 — l'action de la Société de l'Ecole dentaire de Paris et les services qu'elle et les diverses branches de notre groupement professionnel ont rendus ; combien nous avons lieu d'être fiers des membres de notre profession qui ont tenu avec honneur une place dans la défense nationale !

Aussi notre reconnaissance va à tous ceux qui, soit à l'armée, soit dans les services du corps de santé militaire, comme dans ceux de notre école ou de notre dispensaire, n'ont cessé d'apporter un concours dévoué. Je ne puis les citer tous, ils sont trop nombreux.

Mais, en remerciant collectivement tous ces excellents collaborateurs de leur dévouement, nous avons le devoir de proclamer que c'est surtout leur action qui a contribué à faire apprécier la nécessité dans l'armée des services dentaires, dont la création en France fut réclamée et organisée au début de la guerre par notre groupement, sous la forme de son Comité de secours aux blessés et de son service d'édentés, dont je ne saurais trop rappeler l'utile action, due surtout à l'initiative et à l'activité de nos excellents

collègues Martinier et Roy pour le premier et G. Villain pour le second.

Les résultats qui ont été obtenus et la juste considération qui en a rejailli sur les chirurgiens-dentistes et la dentisterie moderne ont amené les pouvoirs publics à rendre permanente, par la loi du 18 octobre 1918, l'organisation des officiers dentistes. Cette loi, avec les décrets et circulaires complémentaires, constitue le statut militaire du dentiste français.

Ce statut militaire, quelque incomplet qu'il soit encore au point de vue du service et des grades, n'en forme pas moins, avec la loi du 30 novembre 1892 et le décret du 19 janvier 1909 sur les études odontologiques, une véritable constitution civile et militaire ; *la charte du chirurgien-dentiste français,* dont nous pouvons être fiers si nous la comparons au point de départ de 1879.

Il y aura lieu de la compléter et de la développer ; mais nous avons le droit de nous enorgueillir dès maintenant de ces résultats, car ils sont dus pour la plus grande part à l'initiative et aux efforts ininterrompus des dentistes eux-mêmes et de leurs groupements professionnels au premier rang desquels il est juste de placer ceux de l'Ecole dentaire de Paris et particulièrement de son dévoué vice-président, notre ami Blatter, qui, en ce qui concerne la loi militaire surtout, n'a épargné comme vous savez, ni son temps ni ses démarches pour la faire réussir.

Il me paraît bon de rappeler l'action de notre groupement en ce jour qui est un véritable anniversaire, car il y a quarante ans que fut fondée (en avril 1879) la première société professionnelle dentaire française, le Cercle des Dentistes de Paris. Ce fut la base de notre groupement, d'où sont sortis, tour à tour, au mois de septembre de la même année, le projet de fondation de la première école dentaire de notre pays, l'Ecole dentaire de Paris, puis, en 1881, la Société d'Odontologie, l'Association générale syndicale des dentistes de France, le journal *L'Odontologie* et toutes les annexes de notre groupement qui ont collaboré à son importante action professionnelle pour le relèvement moral et scientifique de l'art dentaire français.

Mais, comme on le voit, une longue période d'années a été nécessaire pour cette évolution. Et pourtant bien des progrès restent encore à réaliser, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue purement professionnel, tant en ce qui concerne les services dentaires publics civils ou militaires qu'en ce qui est relatif à nos revendications corporatives.

Ainsi, le chirurgien-dentiste doit, au point de vue des services d'hygiène publique, avoir sa place au même titre que le médecin

pour l'inspection et le traitement des dents des enfants des écoles primaires, par exemple, afin que dans l'avenir les pouvoirs publics ne se trouvent plus dans la pénible obligation d'improviser des services de prothèse dentaire pour les jeunes militaires, comme cela a eu lieu en 1914.

Mais, pour obtenir ce résultat, il faut que la même place qu'aux autres spécialités, soit, au point de vue scientifique, réservée dans nos universités à la science odontologique, ainsi que cela existe dans les universités américaines.

La durée des études est maintenant la même — celles-ci devraient aboutir au même grade : un doctorat spécial, *le doctorat en chirurgie dentaire* comme en Amérique, afin que ce titre ne vienne plus concurrencer injustement le titre officiel du dentiste français et ne soit plus uniquemeut réservé qu'à ceux qui ont des ressources suffisantes pour s'offrir un voyage aux Etats-Unis.

Mais pour réaliser cet important programme de réformes qui nous tient à cœur et dont nous avons déjà saisi les pouvoirs publics à plusieurs reprises, en 1906 d'abord, puis récemment, en juillet dernier, le concours de tous les éléments actifs de la profession est plus que jamais nécessaire. Unissons donc nos efforts sans distinction de groupes ou de sociétés pour que l'Odontologie française continue l'évolution scientifique et sociale poursuivie avec succès depuis quarante ans sur le principe de son autonomie et avec le concours de ses écoles et de ses groupements professionnels.

C'est le souhait principal que je forme en ce quarantième anniversaire de la fondation de notre Société, au moment où approche pour moi l'heure de la retraite, que l'aimable insistance de mes collègues m'a amené à retarder au delà de mes prévisions. Considérant tant de chemin parcouru, je suis heureux et fier du concours qu'il m'a été donné d'apporter à cette si intéressante évolution de ma profession pendant le cours de ma vie professionnelle. J'ai la satisfaction de la laisser plus prospère et plus considérée que je ne l'ai trouvée à mes débuts et, en terminant, m'excusant d'avoir retenu si longtemps votre attention, je veux envoyer un salut ému et reconnaissant à la mémoire des premiers et principaux fondateurs et collaborateurs de cette œuvre collective, aujourd'hui disparus, les Lecaudey, Dr Thomas, Paul Dubois, Levett, Pillette, Poinsot, Ronnet, Blocman, Heidé et de tant d'autres qui, à des titres divers, ont tous contribué à son succès et dont les noms doivent rester en bonne place dans notre histoire comme des bienfaiteurs.

Je souhaite qu'une nombreuse et très vaillante phalange de

jeunes confrères dévoués à notre profession, instruits et conscients de ses besoins et de ses droits, comme ceux qui m'entourent encore aujourd'hui et que je veux remercier ici publiquement, continuent à rester unis et groupés autour de notre école pour la maintenir et la développer dans une installation matérielle enfin digne d'elle, de son passé et de son rôle dans l'avenir et égale au moins à celle des institutions similaires étrangères, dans l'intérêt général de la profession et du pays lui-même.

EXERCICE ILLÉGAL

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France a appelé l'attention des écoles dentaires sur les inconvénients résultant pour la profession de ce que certains étudiants exécuteraient clandestinement des travaux de prothèse ou donneraient des soins dans ces écoles, en réclamant ensuite des honoraires aux personnes qu'ils ont traitées.

L'Ecole dentaire de Paris a fait à la lettre qu'elle a reçue à ce sujet la réponse suivante :

Paris, 8 décembre 1919.

Monsieur le Secrétaire général et cher confrère,

Par lettre du 19 novembre vous appelez notre attention sur des plaintes qui vous auraient été adressées, par des confrères en raison de ce que des étudiants exécuteraient des travaux de prothèse ou donneraient des soins dans les écoles dentaires, en réclamant ensuite et recevant des honoraires des personnes traitées.

Vous estimez qu'il y a lieu pour nous d'aviser nos élèves qu'ils commettraient, en agissant ainsi, le délit d'exercice illégal.

Vous nous informez en même temps qu'au cas où de nouvelles pratiques de ce genre vous seraient signalées, vous vous trouveriez dans l'obligation d'intenter des poursuites judiciaires contre les contrevenants.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les agissements contre lesquels vous vous élevez ont, depuis la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, été condamnés par des administrateurs.

Actuellement des avis, prévenant les malades *qu'il leur est expressément défendu de remettre directement de l'argent aux élèves sous peine d'exclusion immédiate*, sont peints en grosses lettres aussi bien dans l'escalier d'entrée de la Cité Milton que dans la salle d'attente des malades.

De plus, la fiche qui leur est remise, à leur entrée, porte la mention : *Défense aux malades de donner de l'argent aux élèves.*

En ce qui concerne ceux-ci, des affiches apposées dans les salles où ils opèrent les avertissent que le fait d'exiger ou de recevoir de l'argent des malades les expose non seulemeut à des peines disciplinaires graves, mais encore à des poursuites judiciaires.

De plus, *le carnet de notes* qui est remis à chacun d'eux contient le règlement intérieur, dont l'article 11, imprimé en gros caractères, est ainsi conçu :

« Les élèves ne peuvent et ne doivent, à aucun titre et sous aucun prétexte, recevoir ni argent, ni gratification quelconque d'un patient ; ils ne doivent pas davantage lui faire d'opérations en dehors de l'Ecole, ni lui donner l'adresse d'aucun membre du corps enseignant, ni d'aucun dentiste de la ville.

» L'étudiant qui accepterait de se rendre chez un malade, ou qui le ferait venir chez lui pour le soigner, même gratuitement, commettrait le délit d'exercice illégal de la médecine et s'exposerait à diverses peines: exclusion de l'Ecole d'abord et même poursuites judiciaires, en vertu des articles 16 et 18 de la loi du 30 novembre 1892. »

L'Administration de l'Ecole a toujours tenu la main à ce que les infractions à cet article soient immédiatement et sérieusement réprimées : c'est ainsi que dans la seule période de 1906-1914 notre registre de punitions mentionne 21 exclusions temporaires ou définitives d'élèves ayant exigé ou reçu des malades une rétribution pour soins donnés ou appareils exécutés.

Cette mention semble suffisante pour établir que la vigilance de l'Administration de l'Ecole ne s'est jamais ralentie à cet égard et que nos confrères peuvent compter sur sa fermeté pour punir énergiquement toutes les infractions de la nature de celles que vous avez cru devoir nous signaler.

Veuillez agréer, monsieur le secrétaire général et cher confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le directeur-adjoint : A. BLATTER.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

UN JUGEMENT !!

Nous publions ci-dessous, d'après la Gazette des Tribunaux, *un jugement de la Cour d'appel de Paris sur la gravité duquel nous attirons l'attention de la profession. Il fait l'objet, de la part de notre Rédacteur en chef, d'un commentaire que l'on trouvera à la suite.*

COUR D'APPEL DE PARIS (8e CH.)

Présidence de M. ASSAUD

Audience du 26 juin 1919

Responsabilité civile. — Chirurgien-dentiste. — Aide. — Faute lourde. — Racine. — Extraction. — Ablation du maxillaire. — Déformation du visage.

Le chirurgien-dentiste, qui se fait remplacer par un aide — même diplômé — est responsable civilement de la faute opératoire commise par ce dernier en procédant à l'ablation d'une dent dans des conditions défectueuses et préjudiciables.

Spécialement, on doit considérer qu'une faute lourde a été commise par l'aide dentiste, qui, à la suite d'efforts répétés pour arracher une racine, a tellement endommagé la mâchoire que, pour remédier aux conséquences de cette intervention, une opération chirurgicale, consistant en l'ablation d'une partie de l'os maxillaire et de neuf dents, a été jugée nécessaire et que le visage de la cliente a été complètement déformé, alors d'ailleurs que ces conséquences n'ont pas eu pour cause le mauvais état général ou local de la santé de la demanderesse, et que la même extraction, prodiguée dans les mêmes conditions sur un sujet sain, aurait entraîné les mêmes résultats.

Il importe peu que l'expert commis ait constaté que la demanderesse n'ait pas apporté la preuve de ses allégations, et qu'au contraire celles du chirurgien-dentiste lui aient paru plus vraisemblables.

Sur une demande en 15.000 francs de dommages-intérêts formée par Mlle Jouanne contre M. S., pour réparation du préjudice qui lui aurait été causé à raison de l'extraction d'une racine, maladroitement opérée par M. D., dentiste remplaçant ledit M. S., il est intervenu un jugement du Tribunal civil de la Seine, en date du 19 mars 1913, déboutant la demanderesse en considérant notamment :

« Qu'il résultait des conclusions du rapport que la demoiselle Jouanne n'a pas apporté la preuve de ses allégations qui sont formellement contredites par D. ; qu'il est donc impossible de se prononcer

entre deux versions contradictoires et en l'absence de toutes justifications de faire droit aux conclusions de la demanderesse ; que le docteur Broca estime que la version la plus vraisemblable est celle de D., et que les opérations subies par la demoiselle Jouanne ont été nécessitées par l'état de la maladie où elle se trouvait et non par une faute de D. »

Sur appel, la Cour, après plaidoiries de Mes *Eugène Charpentier* et *Louis Mercier*, a rendu, sur les conclusions de M. Lassus, substitut du procureur général, l'arrêt infirmatif suivant :

« La Cour ;

» Au fond ;

» Considérant qu'il est constant en fait que la demoiselle Jouanne s'est présentée au cabinet dentaire de M. S., le 16 août 1911, afin de se faire extraire la racine d'une incisive ; que S. était en vacances et qu'il avait préposé à son remplacement durant son absence un très jeune praticien, le sieur D., alors âgé de vingt ans ;

» Considérant que ce jeune dentiste, dont l'âge permet *a priori*, de n'accorder à l'expérience qu'un crédit limité, et cela, sans diminuer en rien la valeur de son diplôme, essaya par des efforts répétés, s'y reprenant à cinq reprises, d'arracher la racine que la demoiselle Jouanne désirait se faire extraire ; que le jeune opérateur paraît n'avoir réussi en réalité qu'à luxer l'os maxillaire inférieur de la demoiselle Jouanne, sans parvenir, lors de ce premier contact, à extraire la racine ;

» Considérant qu'il est également établi, en fait, qu'à la suite de cette opération malheureuse une ostéite et un abcès se déclarèrent ; que du 21 au 28 août, D., après être parvenu, cette fois à extraire la racine, tenta de soigner la bouche de la demoiselle Jouanne, mais que, devant l'impuissance de ses efforts, il dut adresser sa cliente à la clinique dentaire de la rue de la Tour-d'Auvergne ; que là, pour remédier aux suites de l'opération pratiquée, le docteur Roy se vit obligé d'enlever une partie de l'os maxillaire ainsi que neuf dents ; qu'actuellement un appareil est appliqué dans la bouche de la demoiselle Jouanne pour remplacer l'os maxillaire enlevé ; que par suite de cet appareil le visage de la demoiselle Jouanne est complètement déformé ; que ce sont là des faits que la Cour tient pour certains, et qui, quelque effort qu'on tente pour leur donner une interprétation scientifique susceptible d'en modifier la portée, n'en restent pas moins acquis et indiscutables dans leur évidente matérialité ;

» Considérant qu'en présence de cette situation, la question qui se pose à la Cour est celle de savoir s'il existe à la charge de D., une faute lourde, et en supposant qu'elle existe, si cette faute a eu pour conséquence immédiate et directe l'opération chirurgicale à laquelle a dû procéder le docteur Roy, ou si, au contraire, l'ablation d'une portion du maxillaire, ainsi que de neuf dents et leur remplacement par un appareil approprié, ne seraient que le résultat du mauvais état de la santé de la demoiselle Jouanne, la même extraction, opérée dans les mêmes conditions sur un sujet sain, n'ayant pas dû entraîner les mêmes conséquences ;

» Considérant que le rapport du docteur Broca, désigné comme expert, manque sur ce point des précisions nécessaires ; que cependant l'examen direct de la malade semble ne lui avoir rien révélé ; qu'il est certain que si l'état général de la demoiselle Jouanne avait été défectueux, que si elle avait présenté à l'examen les signes d'un mal constitutionnel, par exemple la nécrose des os, l'expert n'eût pas manqué de le signaler ; que, par suite, en présence du silence de l'expert sur ce point, la conclusion qui s'impose est que D. a opéré sur un sujet constitutionnellement sain ;

« Considérant cependant qu'indépendamment de l'état général, le docteur Broca prétend que l'état local de la demoiselle Jouanne devait être mauvais ; que l'expert se demande après avoir affirmé la nécessité de l'efficacité de l'opération de M. Roy, ce que personne d'ailleurs ne conteste, si cette opération, gravement mutilante, a été nécessitée par la maladie initiale de la mâchoire ou par l'extraction manquée de D. : qu'ici on se trouve en présence de deux affirmations contradictoires ; Mlle Jouanne affirmant que le 16 août, il y avait agacement simple de la racine et D. affirmant que déjà il y avait du pus, de l'ébranlement des dents ; qu'à l'appui du diagnostic allégué par D. l'expert constate, sur les renseignements qui lui sont fournis, que dès le lendemain du 16 août, le remplaçant du docteur Pestat, médecin de la demoiselle Jouanne, lui aurait conseillé de retourner chez S. pour se faire ouvrir un abcès à la gencive ; que le docteur Broca déclare que cet abcès aurait été bien rapide, si la région était intacte le 16, qu'il s'explique au contraire, sans peine s'il y avait déjà du pus autour de la racine ;

» Mais considérant que le renseignement sur lequel argumente le docteur Broca est erroné, que ce n'est que le surlendemain 18 août, dans l'après-midi et non le lendemain, que la demoiselle Jouanne a vu son médecin, ainsi qu'il est nettement établi par le certificat de ce dernier et qu'il ne fut constaté alors qu'un abcès en formation et non déjà existant, ce qui semble bien indiquer, que l'opération violente, mais infructueuse subie l'avant-veille, était la cause déterminante de l'abcès en formation, c'est-à-dire d'un abcès dont le pus n'était pas encore collecté ; que cette constatation ne suffirait, cela va sans dire, pour établir la faute opératoire de D., mais qu'il doit en être autrement quand, suivant l'évolution du mal ainsi provoqué et qui eût été bénin, s'il ne se fût agi que d'une simple déchirure de la gencive, toujours possible quand on extrait une racine, on en arrive à constater la nécrose du maxillaire avec séquestre ; qu'il est évident que la nécrose du maxillaire n'est pas un mal spontané ; qu'il est, ou le résultat d'un état général morbide spécifique, à évolution plus ou moins lente, ou la conséquence d'un trauma violent de l'os, dont les suites sont alors plus immédiates dans leurs manifestations ;

» Or, considérant que la demoiselle Jouanne étant, par ailleurs absolument saine, il faut nécessairement admettre, pour expliquer la gravité des conséquences de l'accident dont elle a été victime, que D., procédant avec d'autant plus de légèreté qu'il était moins expérimenté et que l'opération était plus délicate, a atteint le maxillaire

qu'il a gravement luxé, déterminant une nécrose avec séquestre à évolution relativement rapide ; qu'on ne peut raisonnablement dire d'une telle opération qu'elle a été pratiquée suivant les règles de l'art ; que des circonstances de fait ci-dessus analysées résulte à l'évidence une faute lourde à la charge de l'opérateur ; que D., préposé de S., a donc commis une faute opératoire certaine, qui engage la responsabilité civile dudit S. ; que cette faute a eu pour conséquence immédiate et directe l'opération gravement mutilante, ainsi que l'a qualifiée le docteur Broca, qu'a dû subir la demoiselle Jouanne ; que, par suite, elle a incontestablement droit à une juste et équitable réparation ;

» Considérant, d'ailleurs, que le principe de la responsabilité, ainsi établie, paraît d'autant moins contestable que S. lui-même semble l'avoir reconnu, dans une certaine mesure, en engageant des pourparlers avec la demoiselle Jouanne, en vue d'un arrangement, pourparlers qui ne paraissent avoir été rompus qu'en présence des exigences de la demoiselle Jouanne jugées excessives par S. ;

» Considérant, en outre, que le docteur Broca dont la bonne foi n'est pas discutable, et dont le rapport est établi avec une scrupuleuse conscience, a fondé son opinion surtout sur l'avis qu'il a sollicité de M. Roy, dentiste des hôpitaux de Paris et de M. Blatter, directeur de la clinique dentaire de la rue de la Tour-d'Auvergne ;

» Or, considérant qu'il convient de mentionner que, dans cette circonstance, ces deux hauts praticiens ont peut-être eu le tort, quelle que fût leur opinion personnelle sur la question, de recourir, au regard de la demoiselle Jouanne, pour arrêter un procès qui, personnellement, ne les concernait pas, à de fâcheux procédés d'intimidation ; qu'en effet, les dires de la demoiselle Jouanne à ce sujet se trouvent confirmés dans une lettre du 2 juin 1919, écrite par Roy à l'avocat de S., lettre reproduite en copie dans le dossier de la demoiselle Jouanne et dont la production n'est point contestée par l'adversaire ; qu'il résulte de cette lettre que Roy blâmait les poursuites intentées par la demoiselle Jouanne, reconnaît lui avoir déclaré qu'il se refusait à lui continuer ses soins de même que tous ses collègues de l'Ecole dentaire, si elle continuait l'action si injustement engagée par elle contre S. ; que Blatter, présent à ce moment, se serait associé à ces menaces ; qu'il faut reconnaître qu'une telle attitude n'est point faite pour imposer sans discussion ni réserves l'avis donné par ces praticiens au docteur Broca ; que ce sont des procédés qui ne peuvent que rendre plus intéressante la situation d'une malheureuse sans défense, qui, quels que soient les soins dont on l'ait entourée, n'a d'autre garantie personnelle que d'en appeler à justice, non point contre ceux qui l'ont soignée et qui, bien à tort la menacent, mais contre celui qu'à tort ou à raison elle estimait être l'auteur responsable de ses maux ;

» Considérant qu'à l'aide des éléments d'appréciation dont elle dispose, la Cour estime qu'une somme de dix mille francs doit être allouée à la demoiselle Jouanne en réparation du préjudice matériel et moral subi et que S. doit être condamné à lui payer cette somme à titre de réparation, comme civilement responsable de la faute opératoire commise par D. son préposé ;

» Par ces motifs ;

» Reçoit en la forme, l'appel susvisé ;

» Au fond, le déclare fondé ;

» Infirme en conséquence le jugement entrepris ;

» Décharge la demoiselle Jouanne des dispositions lui faisant grief et des condamnations contre elle prononcées, statuant à nouveau ;

» Condamne S. à payer à la demoiselle Jouanne la somme de dix mille francs à titre de dommages-intérêts ; rejette toutes autres conclusions contraires comme inutiles ou non justifiées ; ordonne la restitution de l'amende ; condamne S. à tous les dépens. »

Observations. — L'article 1384 du Code civil s'applique manifestement à la responsabilité du chirurgien-dentiste qui se fait remplacer par un aide, même diplômé, dès l'instant que celui-ci, au lieu d'agir en son nom personnel, agit comme préposé dudit chirurgien, qui l'a lui-même choisi et a le droit de lui donner des ordres et des instructions sur la manière de remplir son emploi. Voir sur la qualité de préposé : Dalloz (*Nouv. Code civil annoté*, art. 1384, nos 180 et suiv.). Il en est surtout ainsi lorsqu'il s'agit d'un tout jeune praticien de vingt ans à peine muni de son diplôme.

Les médecins sont responsables de leurs fautes professionnelles, en cas d'impéritie évidente ou de maladresse insigne. Ils ne le sont pas en principe des erreurs de diagnostic commises par eux de bonne foi, à moins de faute lourde (Dal., *ibid.*, art. 1383, nos 1364 et suiv.). La Cour a fait application de ces principes en indiquant minutieusement les faits précis, d'où résultait, pour elle, la faute grave commise par l'opérateur.

Les conclusions d'un rapport d'experts ne sont pas obligatoires pour les juges et ceux-ci conservent toute leur liberté de jugement. Voir, spécialement en matière chirurgicale : Trib. civ. Domfront, 28 septembre 1830 (Dal., *Jur. gén.*, v° *Responsabilité*, n° 1588).

(*Gazette des Tribunaux*, 9 novembre 1919.)

Le jugement qu'on vient de lire et que nous avons tenu à reproduire dans son intégralité est particulièrement grave pour les médecins comme pour les dentistes, car, ainsi qu'on peut le voir, le tribunal, faisant table rase des conclusions de l'expert, M. le professeur Broca, qui avaient été adoptées par les juges de première instance, s'érige en arbitre médical, dissertant et tranchant sur des sujets de pathologie avec une compétence que l'on peut admirer tout au long des considérants. On pourrait à bon droit rire et faire les gorges chaudes au palais de

médecins ou de dentistes qui discuteraient droit et jurisprudence de telle manière.

Le jeune confrère qui est ainsi condamné, l'est pour un préjudice qu'il n'a pas causé, *je l'affirme encore de la façon la plus formelle, moi qui puis en parler peut-être avec quelque compétence et de par ma qualité et de par le fait que c'est moi qui ai soigné la malade des accidents qui font l'objet du procès ; on a pu voir à ce sujet que le tribunal veut bien reconnaître que l'opportunité et l'efficacité de mon intervention ne sont contestées par personne. Il s'agissait, en l'espèce, d'une ostéo-myélite du maxillaire consécutive à une infection provoquée par une racine d'incisive inférieure placée en dedans de l'arcade et fracturée longtemps auparavant par un autre opérateur. J'affirme donc, qu'il résulte des constatations que j'ai pu faire, que* l'extraction faite par le confrère incriminé n'a été en rien la cause des accidents de nécrose, *car ceux-ci évoluaient vraisemblablement déjà au moment où l'on pratiquait les premières manœuvres d'extraction de la racine; je n'en veux pour preuve que les nombreux cas que l'on pourrait citer, et dont j'ai publié quelques-uns, où des nécroses aussi étendues, et même beaucoup plus, ont évolué de la même façon,* en dehors de toute extraction préalable *et bien que ces malades fussent* absolument sains d'apparence, *comme le paraissait la malade, objet du jugement en question. Et c'est pour cette raison que, la malade étant guérie et alors qu'on lui confectionnait* gratuitement *à l'Ecole dentaire de Paris un appareil pour remédier à la perte de substance résultant de son affection, apprenant que cette jeune fille poursuivait en dommages et intérêts le jeune confrère qui avait pratiqué l'extraction de sa racine, j'ai jugé qu'il était de mon devoir, non pas dans l'intérêt de ce jeune confrère, que je ne connaissais pas et que je n'avais pas à connaître en la circonstance, mais dans l'intérêt supérieur de la Justice de*

dire à cette malade, qui me manifestait quelque reconnaissance des soins que je lui avais donnés, mon indignation de ces poursuites injustifiées, puisque je lui affirmais, de la façon la plus formelle, qu'elle faisait ainsi une mauvaise et injuste action. Ce faisant, je crois n'avoir en rien failli à mes devoirs d'homme et de médecin et, contrairement à ce que voudrait insinuer l'un des considérants du jugement, j'ai conscience de n'avoir en rien entravé le cours de la Justice, du moins de celle qui s'écrit avec une majuscule.

Docteur Maurice Roy.

BIBLIOGRAPHIE

La Faculté de médecine de l'Université de Paris

Dans un but de propagande dans les pays étrangers, la Faculté de médecine de Paris vient de faire éditer avec luxe un volume de 84 pages, consacré à l'organisation générale, à l'enseignement, aux examens, diplômes, programmes et horaires pour l'année scolaire 1919-1920.

La Faculté a pensé avec raison qu'au moment où, complètement réorganisée, elle allait reprendre ses enseignements, rouvrir ses cliniques et ses laboratoires, il était bon de faire connaître les ressources dont elle dispose et de donner toutes les indications utiles à ceux qui veulent poursuivre des études et des recherches médicales.

Cette publicité vient d'autant plus à son heure que, depuis la signature de l'armistice, l'Allemagne envoie dans le monde entier des agents qui répandent à profusion affiches et brochures. Il était donc nécessaire de faire un effort considérable pour essayer d'empêcher les médecins et les étudiants des pays neutres et même des pays alliés et associés, de reprendre le chemin des universités allemandes.

Orné de 21 planches hors texte, ce volume indique les sujets des cours, l'organisation toute nouvelle de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, il fait connaître les travaux pratiques, les cours de perfectionnement et de vacances, les moyens de travail dans les laboratoires de recherches, en même temps qu'il indique les sommes à dépenser, les diplômes et les certificats qu'on peut obtenir.

Souhaitons que cette publicité, nécessaire et louable, atteigne le but légitime qu'elle poursuit.

Essai de statistique sur l'état de la denture à 40 ans chez l'homme

Le Dr E. Gallavardin, de Lyon, vient de publier, sous ce titre, un volume de 83 pages, comprenant un avant-propos, deux chapitres, un certain nombre de tableaux avec des annexes, enfin des conclusions.

Dans celles-ci l'auteur signale qu'il a examiné 845 militaires de 40 ans, représentant 26.040 dents qui devaient constituer leur denture à l'état normal. Sur ce nombre, il a trouvé 11.325 dents lésées et 15.725 dents saines.

Les molaires inférieures sont les dents les plus fréquemment lésées, puis les molaires supérieures. Les dents les moins lésées sont les incisives et les canines inférieures.

Parmi les dents lésées, les molaires par exemple, les homologues sont lésées dans la proportion de 79 à 85 o/o. Cela semble prouver que la carie n'est pas seulement accidentelle, mais qu'elle tient à des causes profondes : prédispositions dues à la structure particulière des dents, aux défauts de cette structure, qui peuvent tenir à des causes héréditaires et congénitales, enfin à des influences pathologiques.

Les antagonistes sont atteintes dans des proportions analogues. Enfin, sur ces 845 hommes adultes, 392 avaient une mastication insuffisante.

Mes maîtres, mes élèves, mes précurseurs.

Nous avons reçu, sous ce titre, de M. le prof. Pierre Sebileau, une brochure de 45 pages, reproduisant la leçon d'ouverture de la clinique oto-rhino-laryngologique faite le 12 novembre dernier à la Faculté de médecine de Paris.

Dans cette leçon inaugurale qui eut lieu dans le grand amphithéâtre, devant une assistance aussi nombreuse que choisie, l'auteur rend hommage aux maîtres dont il reçut l'enseignement ou qu'il assista, notamment Verneuil et Quénu. Le professeur Verneuil, on se le rappelle sans doute, présida en 1883 la seconde séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses de l'Ecole dentaire de Paris, et le professeur Quénu dirigea l'enseignement de la dissection à nos étudiants à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux pendant de longues années.

Enfin, il y a une vingtaine d'années environ, le professeur Sebileau fit lui-même à l'Ecole dentaire de Paris un certain nombre de leçons cliniques magistrales qui resteront dans le souvenir de tous les étudiants de cette époque et continue cet enseignement à Lariboisière.

Nous remercions le savant maître de l'envoi de sa brochure, dont la lecture agréable, instructive et attachante, contient plus d'un enseignement utile.

Etude clinique et pathogénique du scorbut chez l'adulte.

M. Ernest Castille, externe des hôpitaux de Paris, élève de l'Ecole dentaire de Paris, vient de publier sous ce titre chez Jouve et Cie, éditeurs, sa thèse de doctorat.

Le volume, de 71 pages, comprend un historique, l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, de nombreuses observations et des conclusions.

Nous croyons devoir reproduire celles-ci in extenso, pour montrer l'importance et le mérite de ce travail, dont nous félicitons l'auteur.

« 1° Depuis la guerre, le scorbut qui paraissait une maladie extrêmement rare chez l'adulte a pris une importance nouvelle. On l'a observé dans deux circonstances :

Dans les camps de prisonniers durant la guerre.

Dans la population civile à la suite de la guerre, à cause de la misère de certaines classes sociales (petits rentiers, retraités).

2° Le scorbut observé dans ces dernières années est un petit scorbut. Il se traduit par :

Un affaiblissement progressif, un teint terreux avec anémie.

Une gingivite à caractère hémorragique, végétant et ulcéreux. Il est très important d'insister sur ce symptôme ; il peut en effet mettre à lui seul sur la voie des petits scorbuts avant toute autre manifestation.

Des ecchymoses superficielles et surtout dues à des hématomes profonds sous-aponévrotiques.

Des œdèmes laissant au doigt une sensation de dureté ligneuse.

Des taches purpuriques et des pétéchies comparables à celles qu'on voit dans le purpura rhumatoïde.

Des nodosités sanguines, tumeurs saillantes, dures et faciles à percevoir quand elles sont superficielles, plus difficiles lorsqu'elles sont profondément situées.

Des ulcères, pris souvent pour de l'ecthyma, offrant pour caractère de reposer sur une nodosité saillante, d'avoir des bords de niveau avec l'ulcération et de ne suppurer que très rarement.

Des modifications du milieu sanguin consistant en une leucopénie souvent accentuée et une augmentation des mononucléaires par rapport aux polynucléaires dans l'équilibre leucocytaire.

3° Dans le scorbut actuel le caractère de ces symptômes est d'être moins marqués, moins étendus, moins durables que dans les épidémies anciennes de scorbut, probablement parce qu'on a pu mettre en jeu dès les premières heures un traitement efficace.

4° Cependant on a observé dans ces épidémies des formes anormales, d'interprétation difficile, et qui semblent se rattacher à un trouble de la nutrition encore inconnu tels que les grands œdèmes blancs de la guerre, les néphrites aiguës hématuriques, certains syndromes cardio-rénaux à marche aiguë. Ces formes constatées dans les foyers de scorbut semblent prouver que la carence porte aussi sur certains métabolismes chlorurés et sur le fonctionnement des parenchymes, du parenchyme rénal en particulier.

5° Nous savons aujourd'hui depuis les travaux de C. Funck, en Amérique, de Weil et Mourriquand, en France, que le scorbut est dû à

l'absence de vitamine dans l'alimentation. L'alimentation de conserve, l'alimentation farineuse, l'alimentation stérilisée créent le syndrome d'avitaminose. Le scorbut n'est qu'une forme de maladie par carence. Il est d'une reproduction expérimentale plus difficile qu'une autre maladie par carence, le béri-béri. Mais on possède une thérapeutique certaine en introduisant dans la nourriture une alimentation fraîche et non soumise à l'action de la chaleur. C'est ainsi que l'ancien jus de citron s'est montré de nouveau efficace.

Nord-Dentaire.

Nous sommes heureux de voir reparaître, après une interruption de cinq ans, causée par la guerre, le *Nord-Dentaire*, bulletin trimestriel du Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France.

Nous félicitons les confrères qui dirigent cette publication et qui sont à la tête du groupement qu'elle représente de leurs efforts pour reconstituer une société professionnelle importante et nous leur adressons nos souhaits confraternels.

La funcion respiratoria y la oclusion

Notre excellent confrère M. Louis Subirana, de Madrid, a présenté à la Section d'Odontologie du premier Congrès national de médecine espagnol une communication sur *la fonction de la respiration et l'occlusion.* Ce travail a été imprimé en une brochure de 54 pages que nous venons de recevoir.

Il est divisé en quatre parties : un avertissement très court, l'exposé de la question, des cas cliniques et des conclusions. Quatre-vingt-trois photogravures illustrent cette importante et intéressante contribution, dont nous félicitons l'auteur.

Livres reçus

Nous avons reçu les comptes rendus de la *Conférence interalliée pour l'étude de la rééducation professionnelle et des questions qui intéressent les invalides de la guerre.* Cette conférence se tint au Grand Palais, à Paris, du 8 au 12 mai 1917, sous la présidence, entre autres, de M. Justin Godart, alors sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire.

Ces comptes rendus remplissent deux volumes comptant au total 531 pages.

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Les blessés, qui peuvent marcher, s'en vont à l'arrière à pied. Les autres, comme les voitures sont rares, sont transportés sur des brancards roulants, tandis que les morts sont enterrés sur place.

Le temps est superbe, mais les obus commencent à pleuvoir.

Les nouvelles sont mauvaises, car les bataillons perdent du terrain. A un moment donné même le médecin aide-major m'appelle et me montre au nord du village une ligne d'uniformes de couleur sombre qui débouche du bois. On dirait des Boches ou peut-être des Anglais, car il y en a dans le secteur. Mais nous n'avons pas de temps à perdre pour savoir si les Boches arrivent ou non et nous retournons auprès des blessés.

Un officier de la compagnie hors rang passe en courant et nous dit hâtivement que le colonel a quitté le village et qu'il faut nous replier. Nous commençons aussitôt à ramasser les paquets de pansements, les médicaments, les dossiers et les registres, ainsi que tout le matériel.

Nous finissons de panser les derniers blessés qui arrivent, tandis qu'un homme grièvement touché meurt dans mes bras. Nous n'avons pas le temps de l'enterrer et nous le laissons là sur un brancard.

La retraite se précipite, et comme il n'y a plus de blessés à panser, nous prenons chacun sur le dos tout ce que nous pouvons de façon à sauver le plus de matériel possible et nous partons vers l'arrière, chargés de colis ; le village est arrosé d'obus.

Nous ne savons pas où aller et nous nous dirigeons vers la *ferme de la Maquerelle*, où nous trouvons un bataillon qui se prépare au combat.

Le bombardement s'accentue et les blessés couchés arrivent de plus en plus nombreux. Ils sont pansés, dehors, à découvert, car nous n'avons aucun abri. Nous sommes gênés par les combattants, autant que nous les gênons.

La nuit vient.

Rester ici, c'est impossible, car nous n'avons même pas la possibilité d'allumer une bougie pour faire un pansement. Mais, nous ne savons où aller.

Enfin, nous prenons le parti d'aller à *Cuisles*, où au moins nous aurons un abri pour cacher la lumière. Le dernier blessé pansé, chargés de musettes et de sacs à pansements, nous repartons dans la direction de ce village, suivis des vaillants brancardiers, qui sans répit transportent les blessés. En cours de route nous rencontrons des téléphonistes qui nous indiquent le poste de commandement du colonel, avec lequel nous avions perdu la liaison.

A l'entrée de Cuisles, je remarque une maison qui peut faire un excellent poste de secours. Nous y installons les blessés, qui bientôt remplissent deux chambres. Il y en a de très gravement atteints et d'autres terriblement mutilés. Un pauvre soldat dont tout le massif facial a été broyé par un éclat d'obus semble souffrir atrocement. Il ne peut pas supporter son pansement et je suis obligé de lui faire attacher les mains et les pieds pour pouvoir le panser.

La nuit vient et, comme la veille, la bataille s'arrête. Les blessés continuent cependant à affluer jusqu'à minuit. Mais les autos sanitaires nous ont rejoints et les évacuations commencent à se faire normalement.

Bientôt il ne reste plus de blessés. Le calme renaît.

Notre médecin-chef dont la permission est terminée vient d'arriver. Il a vu le colonel et nous rassure sur la situation.

Le lendemain matin 31 mai, nous sommes encore réveillés par le bombardement qui devient à tel point intense que nous estimons prudent de nous mettre à l'abri dans la cave. Nous y déménageons le poste de secours et le médecin-chef envoie un agent de liaison chercher des nouvelles. Elles ne sont pas bonnes. On recule encore et nous devons nous porter du côté sud de Cuisles.

Nous sommes dans une grange et les blessés gisent là dans une atmosphère de poussière et de saleté. Il en arrive pendant toute la journée.

Les obus tombent de tous côtés et c'est extraordinaire que personne ne soit touché.

Nous ne sommes pas ravitaillés. Mais dans la ferme que nous occupons les vivres ne manquent pas. On trouve des poulets, des lapins et du bétail en quantité ; les caves sont remplies de vin. Ceux qui en ont envie peuvent boire et manger à discrétion.

Comme la nuit approche et que depuis huit heures, nous n'avons pas battu en retraite, nous tentons de nous organiser un peu.

Dans la ferme une chambre est nettoyée et nous y aménageons des couchettes.

Le calme renaît; il n'y a plus de blessés et le bombardement se ralentit peu à peu. La nuit vient.

Allongé sur ma couchette, je songe avec inquiétude à notre situation. Depuis quarante heures, que nous sommes ici, malgré l'héroïsme de nos poilus qui se font littéralement hacher sur place, nous perdons du terrain. Il est vrai que la retraite se fait très lentement; mais tout de même on recule. Or *la Marne* est là, dernière nous, à moins de cinq kilomètres!

Que deviendrons-nous, si l'ennemi nous accule jusqu'à la rivière? Je me rends compte que cette fois j'ai peur. J'ai franchement peur de ce qui va se passer!

Le lendemain matin, 1er juin, le bombardement recommence avec une telle violence, que nous sommes obligés de chercher un refuge dans le presbytère tout proche, où il y a une cave. Mais les blessés sont nombreux et nous sommes dans la nécessité, faute de place et pour gagner du temps, de faire des pansements dehors, malgré les obus.

Vers les neuf heures on nous fait dire, qu'il faut encore reculer, car les Boches sont presque à l'entrée du village. Précipitamment nous partons par une chaleur accablante, chargés de tout notre matériel.

La saucisse allemande, toute proche, qui nous voit très bien, fait déclancher un tir directement sur nous et les obus tombent l'un après l'autre sur les bords de la route où nous passons. La situation nous semble tellement critique que nous ne prenons même pas le temps de nous coucher par terre, à chaque arrivée. Nous courons.

Enfin, épuisés, couverts de sueur, nous arrivons dans une ferme à l'est de *Châtillon-sur-Marne* où nous nous arrêtons. Le médecin-chef me dit d'aller me placer près d'un carrefour où doit passer l'auto d'évacuation, pour lui indiquer notre poste.

Je suis là, depuis un bon moment, lorsque je vois arriver des lignes un certain nombre de poilus, sac au dos, l'arme à la bretelle avec la baïonnette au canon et qui s'en vont tranquillement vers l'arrière. Je leur demande où ils vont et ils ne savent que répondre. Je leur demande pourquoi ils s'en vont et ils me disent que c'est parce que les Boches sont là. On voit bien que ce sont des gens pris de panique, qui exagèrent certainement la gravité de la situation.

Néanmoins ma mission remplie, je retourne au poste de secours, et je fais part au médecin-chef de ce que je viens de voir. D'ailleurs nous ne tardons pas à nous rendre compte que la retraite continue, et nous repartons. Pour aller où?

Personne ne sait rien.

Nous avons, encore une fois, perdu la liaison et le cycliste qui est allé aux renseignements n'est pas encore de retour. Les tirs de l'ennemi s'accentuent et un obus, qui tue un artilleur, tombe si près de moi qu'il m'assourdit pour un bon moment. Nous errons sur la route sans savoir au juste où aller.

Le moment est des plus critiques, car la Marne est là, et si la retraite se précipite, nous sommes perdus.

Jamais je n'oublierai cette atroce journée du 1er juin 1918.

Mais, brusquement, comme par miracle, une foule de canons surgissent de terre: notre artillerie vient d'arriver.

Il y a des canons à perte de vue et leurs roues se touchent presque, tellement ils sont nombreux. Sous le regard impuissant de la saucisse allemande, ils se mettent en batterie et commencent immédiatement à tirer. Le bruit devient infernal et on évolue dans une atmosphère de poudre et de fumée. C'est la vraie bataille en rase campagne.

Déjà le tir boche semble se ralentir, tandis que le bruit éclatant du 75 nous remplit le cœur de joie et d'espérance, car c'est le son de la délivrance qui vibre à nos oreilles.

Comme un bonheur ne vient jamais seul, le cycliste qui a retrouvé le colonel nous apprend que nous devons nous installer à *Châtillon-sur-Marne.*

Pour arriver dans ce village la côte est raide et pénible à monter, surtout avec notre chargement. Il fait excessivement chaud et j'ai un mal indescriptible à grimper la côte. De temps en temps on entend le sifflement des balles qui passent au-dessus de nous.

Enfin, nous voilà dans Châtillon où je tombe comme une masse plutôt que je ne m'asseois par terre, brisé de fatigue. Pour me décharger un peu je jette la plupart des objets que j'avais dans mes musettes: brosses, boîtes de cirage, conserves, etc., car ma fatigue est telle que je n'ai même pas le courage de me relever pour me mettre à l'abri des obus, qui tombent un peu partout.

Les nouvelles commencent à arriver.

Grâce à l'artillerie, les bataillons se sont ressaisis et la situation se stabilise. Les pertes sont cruelles. Il y a beaucoup de morts et beaucoup de manquants, Un de nos médecins a été fait prisonnier avec tout son poste. Dans tel bataillon, des compagnies entières ont été décimées et celui qui me raconte cela en est tellement ému qu'il pleure comme un enfant, tandis que les obus continuent à tomber autour de nous.

On nous prévient que le poste de secours peut s'installer à la

mairie où nous nous débarrassons enfin des courroies qui nous coupent les épaules. On respire!

Les matelas et les sommiers ne manquent pas et nous avons l'impression que c'est la détente qui commence. D'ailleurs, le Boche n'avance plus et les nouvelles sont rassurantes.

Tout à coup, on entend un bruit formidable: c'est un obus qui vient de toucher le bâtiment, faisant des blessés et brisant des carreaux. Mais on n'en est pas à une émotion près!

Malheureusement pour moi, la grippe qui, jusqu'à présent m'avait épargné, s'empare de moi. Je suis courbaturé et je ressens le froid à tel point que j'éprouve le besoin, pour me réchauffer, de me mettre dehors au soleil, malgré les obus.

Trois jours après nous sommes relevés, pour aller en réserve à *Villers-sur-Châtillon*.

La relève se fait de jour, par petits groupes et le détachement dont je fais partie a la chance de partir au bon moment, puisque les brancardiers qui nous suivent ont deux hommes tués par un obus.

Nous marchons à travers les riches côteaux de Champagne, recouverts de vignes et nous songeons avec tristesse que toutes ces belles récoltes sont impitoyablement dévastées.

Le poste de secours s'installe dans un pensionnat tenu par des religieuses. Les salles sont spacieuses et contiennent des lits garnis au complet, même avec des draps. Mais nous ne pouvons pas en profiter, car il ne serait pas prudent de se déshabiller.

D'ailleurs, nous ne pouvons passer que deux nuits dans les chambres, car les Boches nous envoient sans cesse des rafales. A peine endormis, nous sommes obligés de descendre à la cave, et nous finissons par prendre la décision d'y coucher toutes les nuits. La cave est très solide, mais humide et cela ne contribue pas à me guérir de la grippe!

Un bataillon vient en réserve et comme les combats n'empêchent pas les gens d'avoir mal aux dents, j'ai tous les jours des consultants. Je ne peux pas donner de soins, car mes instruments sont loin. Mais, dans ma cartouchière, j'ai un davier du haut et un du bas, un élévateur droit et un pied de biche, et cela me permet de faire les extractions qui se présentent.

Jour et nuit l'ennemi nous bombarde par rafales serrées et un jour il trouve même le moyen de loger un percutant dans l'infirmerie.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre confrère M. Gaston Hodek, D. E. D. P. et D. D. S., survenue à l'âge de 29 ans, le 14 janvier 1920 à Périers (Manche).

Nous apprenons également avec regret le décès de M. Raymond Schmoll, élève de deuxième année à l'Ecole dentaire de Paris, survenu le 17 janvier à l'âge de 20 ans.

Nous adressons nos sincères condoléances aux familles éprouvées.

NOUVELLES

Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F.

Nous avons annoncé dans notre numéro de janvier (p. 44) qu'une assemblée générale de l'Association avec démonstrations pratiques et banquet a été décidée pour avril prochain afin de commémorer le quarantième anniversaire de la fondation des groupements professionnels et de l'Ecole dentaire de Paris.

La réunion commune des deux Conseils d'administration qui s'est tenue le 21 février a adopté en principe le programme général suivant :

Le premier jour (vendredi) après-midi, assemblée générale consacrée à l'orientation professionnelle; le soir, réunion de la Société d'Odontologie.

Le deuxième jour (samedi) matin, séance de démonstrations pratiques de la Société d'Odontologie ; midi, déjeûner amical ; après-midi, distribution de diplômes, de médailles de l'Ecole, de médailles de l'Association, inauguration d'une plaque commémorative ; soir, banquet.

Le troisième jour (dimanche) matin, séance de démonstrations pratiques ; après-midi, assemblée générale consacrée aux questions d'intérêt professionnel (impôts, fournisseurs, loyers, revendications du personnel, etc.).

La date choisie est celle des 23, 24 et 25 avril 1920.

***

Nomination du Comité de rédaction de l'Odontologie.

M. H. Dreyfus, qui, depuis 1907, assumait les fonctions de secrétaire de la rédaction, se trouve dans l'obligation, pour des raisons de famille, de résilier ses fonctions. C'est avec regret que nous avons dû accepter sa démission, en le remerciant de sa précieuse collaboration, que nous aurons toutefois le plaisir de conserver sous une autre forme, puisqu'il veut bien accepter de figurer dans notre Comité de rédaction.

Il est remplacé dans ses fonctions de secrétaire par M. Solas.

Dans la réunion commune des deux Conseils d'administration de l'E. D. P. et de l'A. G. S. D. F., il a été procédé à la nomination du Comité de rédaction de l'*Odontologie.* Ont été élus :

Directeur : M. Godon.

Rédacteur en chef : M. Maurice Roy.

Secrétaire de la rédaction : M. Solas.

Administrateur gérant : M. Miégeville.

Membres du Comité: MM. Blatter, Dreyfus, Frey, P. Martinier, Mendel Joseph, Ruppe, G. Villain, H. Villain

***

Commission exécutive du Groupement.

Il a été procédé ensuite à la nomination de la Commission exécutive du Groupement, qui est composée de MM. Godon, Blatter, P. Martinier, Bioux, Fouques, Cernéa, Roy, Miégeville, A. Audy, G. Viau, G. Villain, H. Villain.

Ecole dentaire de Paris.

Nominations dans le corps enseignant.

Par décision du Conseil d'administration du 10 février 1920, MM. Cernéa, H. Dreyfus, Ferrand et R. Lemière, professeurs suppléants, ont été nommés professeurs titulaires de chirurgie dentaire.

M. Devauchelle a été nommé chef du laboratoire de radiologie.

Concours pour des postes dans l'enseignement.

Le Conseil d'administration a décidé, le même jour, l'ouverture des concours suivants, fixés au premier dimanche de

mai 1920, pour : trois postes de professeur suppléant de dentisterie opératoire ; deux postes de professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire ; un poste de professeur suppléant d'anesthésie ; un poste de professeur suppléant de prothèse restauratrice ; un poste de professeur suppléant de prothèse ; un poste de professeur suppléant de clinique d'orthodontie ; trois postes de chef de clinique de dentisterie opératoire.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 avril inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de l'Ecole, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le 21 février, à 8 heures et demie du soir.

Il a constitué son bureau de la façon suivante :

Président : M. G. Fouques.

Vice présidents : MM. H. Villain, Brodhurst.

Secrétaire général : M. Cernéa.

Secrétaire adjoint : M. Dufeu.

Trésorier : M. Miégeville.

Il a procédé à la nomination de la Commission syndicale, de la Commission de prévoyance et du Conseil de famille.

Il a conféré le titre de membre honoraire du Conseil à M. F. Audy (père), de Senlis.

Il a constitué quatre Commissions de quatre membres chacune, chargées de s'occuper respectivement des questions suivantes : impôts, fournisseurs, loyers, revendications du personnel et de présenter sur ces questions des rapports à l'assemblée générale du 25 avril dont nous parlons ci-dessus.

In memoriam.

L'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. du 18 janvier a décidé, comme nous l'avons annoncé, l'apposition d'une plaque commémorative des membres de la profession tombés au champ d'honneur.

Nous invitons nos confrères à nous indiquer très exactement les noms, prénoms, âges et affectations militaires des professionnels de leur connaissance tués à l'ennemi ou morts de leurs blessures, avec la mention du lieu et de la date de leur décès.

Exposition de Strasbourg.

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris qui, comme nous l'avons annoncé, a pris part à l'Exposition nationale de Strasbourg, y a obtenu un *diplôme de grand prix.*

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 3 février, à 8 heures et demie du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Joseph Mendel. — Foyers infectieux périapexiens et la question de leur retentissement sur l'état général.

2° M. G. Villain. — Modifications apportées à la technique du traitement des canaux radiculaires de 1914 à 1919.

3° M. E. Darcissac. — La recherche par l'iode de la dentine cariée.

4° Incidents de la pratique journalière.

A. F. A. S.

Nous relevons dans le *Bulletin n° 46 (décembre* 1919) *de l'A. F. A. S.* la liste des délégués des sections.

Pour la 14e section (Odontologie) les trois membres du Conseil d'administration au titre de délégués des sections sont MM. Maurice Roy ; A. Blatter ; Francis Jean.

Le président de la 14e section pour le Congrès de Strasbourg 1920, est M. Vichot (Lyon).

La Commission des subventions comprend, pour la même section, M. Godon.

Fête des étudiants.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Paris ont mis sur pied, avec un soin tout particulier, leur *Revue* pour 1920, et, pour répondre aux nombreuses demandes qui leur ont été adressées, peu en rapport avec l'exiguïté de leur salle, ils ont décidé de donner deux représentations.

La première dite de *Gala*, aura lieu le dimanche 21 mars à 14 h. 30, salle Berlioz, 55, rue de Clichy. Les membres du corps enseignant et les dentistes connus sont invités.

Cette matinée sera suivie d'une soirée dansante à partir de 20 h. 30, salle des Ingénieurs Civils, 55, rue Blanche.

La deuxième représentation, dite *Amicale*, pour les élèves et leurs familles, sera donnée salle Berlioz, le 26 mars à 20 h. 30.

Des étudiants iront offrir des cartes à domicile. En cas d'omission s'adresser au bureau du Comité de la *Revue*, 45, rue Lafayette, Paris, IX.

Syndicat des Chirurgiens-Dentistes du Nord de la France

L'Assemblée générale du Syndicat a eu lieu le 1er février 1920, à Lille.

Le Conseil d'administration et le bureau pour l'année courante ont été constitués ainsi :

Président : L. Joly (Calais). — *Vice-Présidents :* M. Vincent (Dunkerque) ; M. F. Cornille (Lille). — *Secrétaire général :* M. P. Guilbert (Arras). — *Secrétaire adjoint :* M. H. Drecq (Saint-Pol-sur-Ternoise). — *Trésorier :* M. Th. Crépon (Amiens). — *Conseillers :* M. G. Bettmann (Lille) ; M. B. Cohen (Valenciennes) ; M. Lenain (Avesnes) ; M. Lohier (Lille) ; M. Rouget (Amiens).

Rappelons que l'organe de ce groupement est le *Nord Dentaire*, dont la rédaction est 5, rue de la Tannerie, Calais, et l'Administration, 38, boulevard de la Liberté, Lille.

Brevet d'études primaires supérieures.

Par circulaire en date du 25 novembre 1919, le ministre de l'Instruction publique a autorisé les Recteurs d'Académie à ouvrir, en mars prochain, s'ils le jugent utile, une session d'examen pour le brevet d'études primaires supérieures, réservée aux anciens mobilisés qui se destinent aux études dentaires.

AVIS

En vue de la réimpression de l'Annuaire de la Société et des listes d'expédition de l'Odontologie, tous les membres de l'Association générale syndicale des dentistes de France, de Paris, de la Seine, des Départements, des Colonies et de l'Etranger, sont instamment priés de faire connaître bien exactement leur adresse actuelle dans le plus bref délai.

40e ANNÉE. N° 3. 30 MARS 1920 Vol. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

DU CORTICAL OSSEUX OU CÉMENT

Par le Professeur agrégé Ed. Retterer.

(Communication à la Société d'Odontologie, 2 décembre 1919).

I. HISTORIQUE

Pour les anciens, la dent n'était formée que de substance osseuse. Vers la fin du XVIIe siècle, Clopton Havers distingua, à la surface de la couronne, une couche mince de substance pierreuse ou *émail*. Ce n'est qu'en 1767 que Tenon découvrit, sur les dents du cheval, une troisième substance, le *cortical osseux*. L'histoire du cortical est si peu connue qu'il me semble intéressant de faire un court historique de la question. Sauf Cuvier, il n'est guère d'anatomistes qui aient lu le travail de Tenon. On peut s'abuser sur les apparences ou les images d'un objet, mais comment se tromper sur la date d'un ouvrage, sur les propositions nettes d'un texte? Or, ceux qui citent Tenon assignent à sa publication, les uns, l'année 1805, les autres, une date encore plus récente. En réalité, Tenon a lu, en séance publique de l'Académie des sciences le 14 novembre 1767 un travail sur les dents du cheval [1].

Le manuscrit remis au secrétaire n'a été imprimé et publié que l'an VI (1797).

« Les anatomistes, dit Tenon, à qui nous devons des observations scrupuleuses, eussent mis moins de dissemblance

1. Sur une méthode particulière d'étudier l'anatomie employée, par forme d'essai, à des recherches sur les dents et les os des mâchoires. *Mémoires de l'Institut national*, t. I, an VI.

dans leurs descriptions, s'ils eussent suivi les opérations de la nature dans les divers changements que l'usage continuel de nos organes y introduit et que la succession de l'âge y opère en chaque individu ».

Tenon, le premier, montre que les dents ne sont pas fixées d'une manière immobile[1] dans leurs alvéoles ou suivant l'expression de quelques anatomistes, comme un clou fiché dans un morceau de bois ; mais qu'elles y changent de place jusqu'à ce qu'elles en soient entièrement expulsées. Il a, à cet effet, comparé les dents de chevaux de 5 ans et de 20 ans : les racines se raccourcissent avec l'âge et sont portées sur le bord de l'alvéole, en même temps que la couronne s'use.

Tenon (*loc. cit.* p. 568) distingue, dans la dent du cheval, « trois substances : l'une, dit-il, que j'appellerai *cortical osseux* ou simplement le *cortical.* C'est une enveloppe osseuse, moins dure que l'os propre de la dent, d'une couleur tirant sur le gris, qui encroûte l'émail en dehors, comme ferait une écorce, et qui le revêt partout où il se prolonge et se replie dans la dent ». Tenon a non seulement découvert le *cortical osseux*, dénomination excellente à tous égards, mais il a surtout montré, fait méconnu par la plupart de ses successeurs, que la dent adulte est et demeure toujours un organe vivant qui ne cesse d'évoluer et de se métamorphoser d'année en année, jour par jour.

En 1783, Bertin découvrit, sur les dents simples de l'homme, le même cortical ; mais il le prit pour l'émail qui, après avoir recouvert la couronne, se prolongerait sur la racine... Il lui parut composé « de fibres rayonnées ».

Everard Home, en 1799, confirma l'existence du cortical sur la racine de la dent ; il l'appela *l'os* de la dent et le distingua de la substance propre, à laquelle il donna le nom d'*ivoire*. Blake, en 1801, désigna le cortical sous le nom moins heureux de *croûte pierreuse* (*crusta petrosa*).

Cuvier cite Tenon dans son *Anatomie comparée* (1805) ;

1. Par gomphoses.

mais Cuvier, « n'ayant pas trouvé au cortical d'organisation apparente, le compara à une sorte de tartre, qui se serait cristallisé sur la dent ». Il le désigna du nom indifférent de *cément*, qu'on s'empressa d'adopter. Cependant Cuvier changea d'opinion, car, dans son grand ouvrage « des ossements fossiles », il n'employa plus tard que le nom de « cortical » et abandonna celui de « cément ».

Il ne s'agit point là d'une querelle de mots. De l'aveu de Cuvier, c'ést à Tenon que revient le mérite d'avoir découvert la 3e substance de la dent et, bien que Cuvier ne se soit rangé que tard à l'avis de Tenon, il a finalement adopté le nom de *cortical*. En suivant l'exemple de Cuvier, nous rendons justice à Tenon qui a proposé le seul nom qui définit la situation et la nature du *cortical* [1].

Pour vous donner une idée de la désinvolture dont les ouvrages allemands en usent avec la vérité historique, je citerai l'exemple suivant. Paul de Terra [2], parlant du *cément*, ajoute : *substance ostéoïde* ou *osseuse ; cortex osseux* de Tenon ; *croûte pierreuse* de Blake et de Bertin. Leeuwenhoeck a, dit-il, le premier, distingué le cément de l'ivoire. Comme le montre mon historique, Tenon n'a jamais parlé latin ; Bertin a pris le cortical pour de l'émail. Enfin, dans une lettre adressée en 1687 par Antoine de Leeuvenhoeck à la *Société royale de Londres*, ce micrographe ne connaît dans la dent qu'une seule substance, osseuse, composée d'un assemblage de tubes osseux. En parlant, il est vrai, des dents de cheval et de bœuf, Leeuwenhoeck y décrit des os plus blancs, d'autres moins durs, parce que les os vieux, dit-il, reçoivent moins de vaisseaux sanguins et autres que les os de nouvelle formation. Je ne puis reconnaître dans sa description ni l'émail ni le cortical.

Si le cortical fut connu dès le XVIIIe siècle sur les dents composées, les anthropotomistes furent longs à constater

---

1. Le mot *Tooth-bone* des anglais est excellent, mais il n'indique pas la situation du cortical.
2. *Vergleichende Anatomie des menschliden Gebisses und der Zähne der Vertebraten*, 1911.

sa présence sur les dents simples. Blandin n'en fit pas mention en 1836 et Cruveilhier n'en parla pas en 1851. Cependant la même année, van Kempen le décrivit et le figura dans son « Anatomie générale », et en particulier, sur une incisive humaine.

Depuis cette époque, tous les anatomistes admettent une couche de cortical à la surface des racines des dents simples : plus épais vers le sommet de la racine, le cortical s'amincit en approchant du collet de la dent, où il disparaît après avoir recouvert la partie terminale de l'émail. Le cortical serait beaucoup plus mince sur les dents temporaires que sur les permanentes. En ce qui concerne la structure du cortical, tous les observateurs se sont contentés de l'étudier sur des dents macérées et desséchées ; dans ces conditions, ils ont vu des cavités irrégulières (cémentoplastes) d'où partent de nombreux canalicules. Les cémentoplastes se distinguent des ostéoplastes par leurs dimensions très variables (de 11 μ à 88 μ chacun). Autre caractère signalé en 1887, par G. V. Black : la substance fondamentale du cortical est traversée par des fibres horizontales ou transversales qui lui donnent l'apparence de prismes ou de colonnes rappelant celles de l'émail. Sur les dents macérées, ces colonnes se détruisent et sont remplacées par des canalicules. Aussi dit-on que le cortical se distingue de l'os proprement dit par la présence de fibres conjonctives à disposition transversale et non calcifiées *(fibres de Sharpey)*.

La substance fondamentale du cément aurait une structure fibrillaire ; les faisceaux à direction transversale ou horizontale y prédomineraient et se comporteraient comme les fibres de Sharpey. Dans les régions où le cortical est mince, il ne se compose que de fibres transversales, épaisses de 3 à 6 μ et rappelant les prismes de l'émail, dont elles différeraient totalement d'ailleurs. Ces colonnes ou fibres transversales seraient disposées en une ou plusieurs rangées ressemblant à autant de lamelles, mais se distinguant des lamelles osseuses par le fait qu'elles affecteraient une disposition perpendiculaire et non point parallèle à la surface.

Quels sont les éléments cellulaires contenus dans les lacunes, cavités ou cémentoplastes? En 1880, Ch. Tomes s'exprimait sur ce point dans les termes suivants : « A l'état frais, il est probable que les lacunes sont remplies d'une substance molle qui se rétracte et laisse un vide dans l'état sec. Il est difficile d'affirmer actuellement que la question du contenu des lacunes soit absolument résolue : les histologistes qui se sont occupés de cette question ne se sont pas tenus sur la sage réserve de Ch. Tomes ; ils décrivent des cellules formatrices ou cémentoblastes, sans indiquer, il est vrai, ni leur situation, ni leurs dimensions, ni leur forme, ni leur structure. A lire ces descriptions vagues et fantaisistes, on se croirait en pleine mythologie, et, cependant on sait aujourd'hui depuis Lavoisier et Cl. Bernard qu'en dehors de toute imagination, la science n'est qu'une affaire de poids et de mesure, du déterminisme simplement.

Dans les nombreux ouvrages que j'ai lus, j'ai trouvé cependant deux figures de cémentoblastes : c'est dans le manuel de F. B. Noyes[1], où les microphotographies 228 et 229 représentent, vues de face et de profil, les cémentoblastes. Ce seraient des cellules aplaties, à contours irréguliers et festonnés, de façon à pouvoir s'adapter aux fibres de Sharpe (sic) du cément. Leur cytoplasma périnucléaire serait granuleux et leur noyau ovalaire. Noyes n'indique pas l'âge de la dent qu'il a étudiée. Pour Noyes, la première couche de cortical serait formée de fibres conjonctives ; elle serait claire et sans structure et envelopperait immédiatement la couche granuleuse de Tomes. Avec l'âge, ajoute Noyes, le cortical s'épaissit : comparant le cortical de sujets de 20 à celui des personnes âgées de 40, 50, 70 et 80 ans, Noyes a vu le nombre des lamelles augmenter régulièrement avec les années.

Quant à l'époque où apparaît le cortical, on n'est guère d'accord : pour H. Frey (1878), il se développe avant la sortie des dents ; d'après S. Minot, au 5[e] mois, tandis que pour

1. *A text-book of dental Histol. and Embryol*, 1912, p. 296.

V. v. Ebner il figure une molaire d'un enfant de deux ans et demi, sur laquelle existerait encore une gaîne épithéliale autour de la racine, sans trace de cortical. Quand les ostéoblastes ou cémentoblastes apparaissent, ils traverseraient cette gaîne, la disloqueraient et s'accoleraient à la dentine pour élaborer le cément.

L'époque de l'apparition du cortical est donc indéterminée ; pour ce qui est de sa structure, elle n'a été étudiée que sur les dents macérées. Enfin, des nombreuses figures dans lesquelles on représente le cortical, aucune ne porte l'âge de la dent à laquelle elle est empruntée ; après macération, il n'est pas étonnant qu'on assigne aux *cavités*, *lacunes* ou *cémentoplastes*, les dimensions les plus variables (de 11 à 88 μ). La putréfaction détruit, en effet, non seulement la cellule proprement dite, mais encore les parties inter-cellulaires qui ne sont point calcifiées. Dans les régions où le cortical est mince (près du collet, par exemple), les cémentoplastes feraient même complètement défaut.

Où siègent les sels calcaires ? Les uns, Noyes, par exemple, soutiennent que les fibres de Sharpey sont calcifiées, tandis que les autres, tels que R. Krause, prétendent que les canalicules horizontaux du cément sont dus, dans la dent macérée, à la destruction des fibres de Sharpey. Si les fibres de Sharpey étaient calcifiées, elles persisteraient dans l'os macéré. Donc les canalicules du cortical résultent de la destruction d'une autre substance que celle qui constitue la portion calcifiée.

En ce qui concerne la limite du cortical et de la dentine, V. v. Ebner dit que l'un se continue avec l'autre d'une façon insensible, de sorte qu'à un fort grossissement on ne voit pas de ligne de démarcation. Sur les dents macérées, les canalicules de la dentine se prolongent dans le cortical et arrivent aux cémentoplastes.

II. MATÉRIAUX D'ÉTUDE ET TECHNIQUE

Je me suis borné à l'étude du cortical des seules incisives. J'ai recueilli des incisives de chiens jeunes et

adultes en les prélevant sur des animaux qui venaient d'être asphyxiés à la fourrière. Pour l'espèce humaine, mes confrères m'ont envoyé des incisives temporaires ; j'ai eu la chance de prélever sur deux fusillés de 25 et de 30 ans, les incisives de la mâchoire inférieure.

Deux sujets, l'un de 40 ans et une femme de 71 ans, m'ont fourni des incisives d'un âge plus avancé. Fixées dans le mélange picro-formol-acétique, ces dents furent décalcifiées, puis les racines furent débitées en coupes de 5 à 7 μ. Quant au procédé de coloration qui m'a fourni les images les plus démonstratives, il consiste à colorer les coupes à la fuchsine acide, à les mordancer ensuite dans une solution de perchlorure de fer à 1 pour cent et à les surcolorer à l'hématoxyline à l'eau alcoolisée. Si la coloration est trop intense, il suffit de les décolorer dans une solution faible d'acide picro-chlorhydrique.

L'étude des dents de chien donne les résultats les plus nets, parce que ces dents peuvent être fixées fraîches. Sauf les dents des deux fusillés, je n'ai pu me procurer d'incisives humaines complètement fraîches. La comparaison des dents humaines à celle du chien est nécessaire ; de plus, elle légitime des conclusions fermes : s'il est facile de savoir l'âge des dents humaines, leur état de conservation laisse souvent à désirer. Aussi les détails de structure sont-ils plus nets sur les dents saines, fraîches et bien fixées du chien. Par contre, on ne peut qu'approximativement estimer l'âge de cet animal.

III. EXPOSÉ DES FAITS

A. *Chien.* — La couronne (de l'incisive) a un grand axe transversal et son bord libre, tranchant, est muni de trois lobes. Quant à la racine, elle est comprimée ou aplatie d'un côté à l'autre ; elle présente deux faces latérales, un bord antérieur, convexe et large, et un bord postérieur, aigu ou tranchant. Sur une coupe transversale, la racine est triangulaire, les deux côtés du triangle correspondant aux faces latérales, et la base, convexe, au bord antérieur. Le sommet du triangle qui est aigu regarde en arrière.

Nous commencerons par examiner une coupe horizontale d'une racine d'incisive sur un chien âgé de 3 à 4 ans, sur lequel le cortical est bien développé. La figure 1 représente une pareille section : A droite, en 1, se trouve la dentine

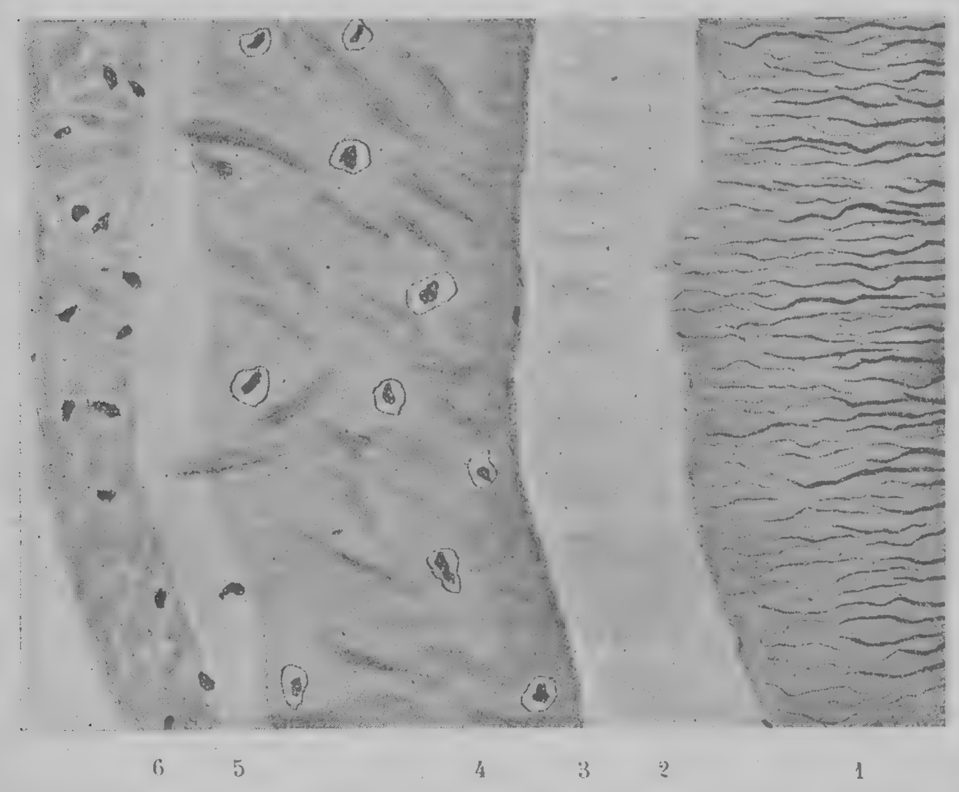


Fig. 1. — *Coupe horizontale d'une racine d'incisive sur un chien de 3 à 4 ans.* 1, dentine ; 2, couche superficielle de la dentine ; 3, ligne dentino-corticale ; 4, cortical ou cément ; 5, pré-cortical ; 6, ligament dentaire.

avec sa couche superficielle claire (2) que je considère comme correspondant à l'émail de la couronne ; c'est *l'émail radiculaire* (2) qui est limité par une ligne, épaisse de 2 à 3 μ, très sombre et se colorant d'une façon intense par l'hématoxyline : c'est la ligne *dentino-corticale* (3). Elle confine en dehors à une masse dense et calcifiée (4) dans laquelle on aperçoit de grosses fibres dont la direction prédominante est transversale. Ces fibres ont des contours

peu nets qui se continuent insensiblement avec une masse également fibrillaire, mais plus claire et chargée de sels calcaires. Dans cette masse on aperçoit de distance en distance de petites cellules ovalaires ou arrondies : les premières, à grand axe parallèle à la surface de la racine, sont longues de 8 à 9 μ et larges de 4 à 6 μ. Leur noyau est long de 5 à 6 μ et large de 3 μ environ. Les cellules rondes ont un diamètre moyen de 6 à 7 μ avec un noyau de 3 μ. Ces noyaux, très chromatiques, sont entourés d'un cytoplasma clair, large de 2 à 3 μ et circonscrit par une capsule hématoxylinophile, d'où partent des traînées granuleuses et hématoxylinophiles perpendiculaires à la dentine. Ces traînées sont réunies par des tractus amorphes, également rayonnants et toujours perpendiculaires à la surface de la racine.

En dehors du cortical s'étend une *zone claire* (5), la *zone pré-corticale* que nous étudierons plus loin. Enfin vient le *ligament dentaire* (6) formé de cellules et de faisceaux conjonctifs.

De la face antérieure de l'incisive, le cortical s'amincit en s'étendant sur les faces latérales, pour disparaître totalement vers le bord postérieur de la racine. A ce dernier niveau n'existe que la zone pré-corticale, comme sur toute la racine de l'incisive des chiens jeunes. Sur les faces latérales, il est facile d'étudier tous les stades de développement du cortical : on voit, en effet, se produire, de distance en distance, des épaississements sous la forme de mamelons qui s'élèvent sur la ligne dentino-ligamentaire. En ces points, l'hyaloplasma du pré-cortical s'enrichit en fibrilles hématoxylinophiles affectant la plupart une direction transversale, de sorte que l'hématoxyline teint le jeune cortical d'une façon si intense qu'il est difficile d'y apercevoir les contours des cellules corticales.

Pour étudier la structure du pré-cortical et son origine, il suffit d'examiner une coupe de racine (fig. 2) d'une incisive de 1 ou 2 ans ou bien les côtés d'une racine d'un chien de 2 ou 3 ans. En *1* se trouve la dentine, en *2*, sa couche superfi-

cielle, plus claire ; en *3*, la ligne dentino-corticale ; en *4*, la zone pré-corticale et en *5*, la couche interne du ligament dentaire. Celui-ci est composé de cellules fusiformes, triangulaires ou étoilées avec noyaux très chromatiques. Une

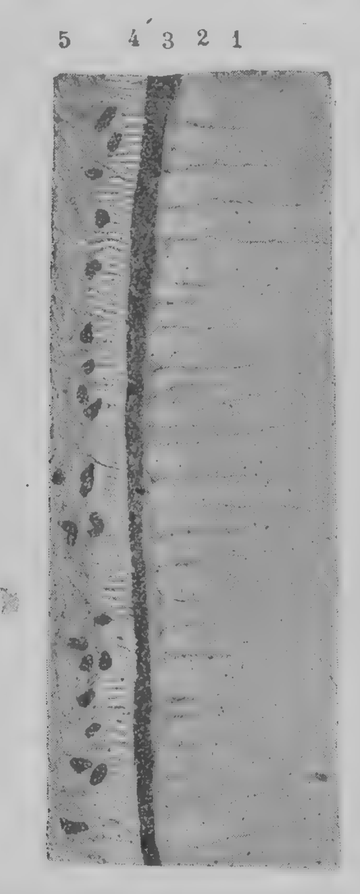


Fig. 2. — *Coupe horizontale d'une racine d'un chien* âgé d'un an environ, 1, dentine; 2, zone superficielle de la dentine ; 3, ligne dentino-corticale ; 4, pré-cortical ; 5, ligament dentaire.

mince zone (1 μ environ) d'hyaloplasma entoure chaque noyau. Dans l'intervalle de ces éléments cellulaires et en continuité avec l'hyaloplasma péri-nucléaire se trouve une travée conjonctive cloisonnée par de fines fibrilles granuleuses et hématoxylinophiles. Cellules et travées conjonctives ont une direction prédominante perpendiculaire à la

surface de la racine. Une ligne épaisse de 2 à 3 μ (ligne dentino-ligamentaire) et qui se colore d'une façon intense par l'hématoxyline sépare le ligament de la dentine. Le long de cette ligne dentino-ligamentaire se trouve une zone claire qui diffère du reste du ligament : cette zone est épaisse



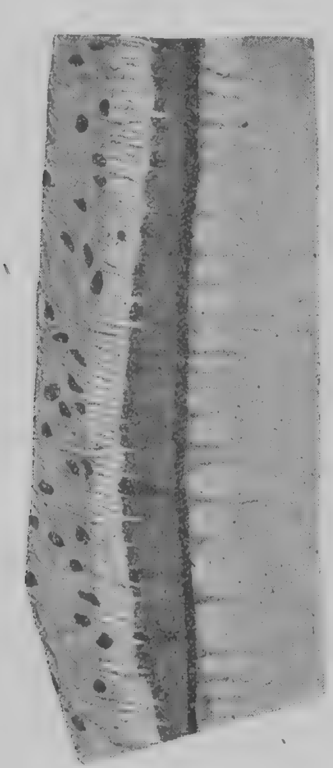


Fig. 3. — *Portion latérale de la racine d'une incisive d'un chien de 3 à 4 ans.* 1 et 2, dentine ; 3, couche claire superficielle de la dentine, limitée par ligne dentino-corticale ; 4, cortical ; 5, pré-cortical ; 6, ligament dentaire.

seulement de 5 à 7 μ et se compose : 1° de stries très fines, granuleuses et hématoxylinophiles, perpendiculaires à la surface de la ligne dentino-ligamentaire ; 2° de traînées hyalines de même direction intermédiaires aux stries. En somme, la zone claire est de l'hyaloplasma dans lequel ont apparu des stries hématoxylinophiles. Elle représente le

cytoplasma des cellules les plus internes du ligament dentaire et disposées en une rangée peu serrée. Quelques-unes de ces cellules montrent déjà des capsules analogues à celles que nous allons décrire plus loin. Nous proposons pour cette zone claire juxta-dentinaire le nom de zone *pré-corticale ;* dénomination que la suite de cet exposé justifiera.

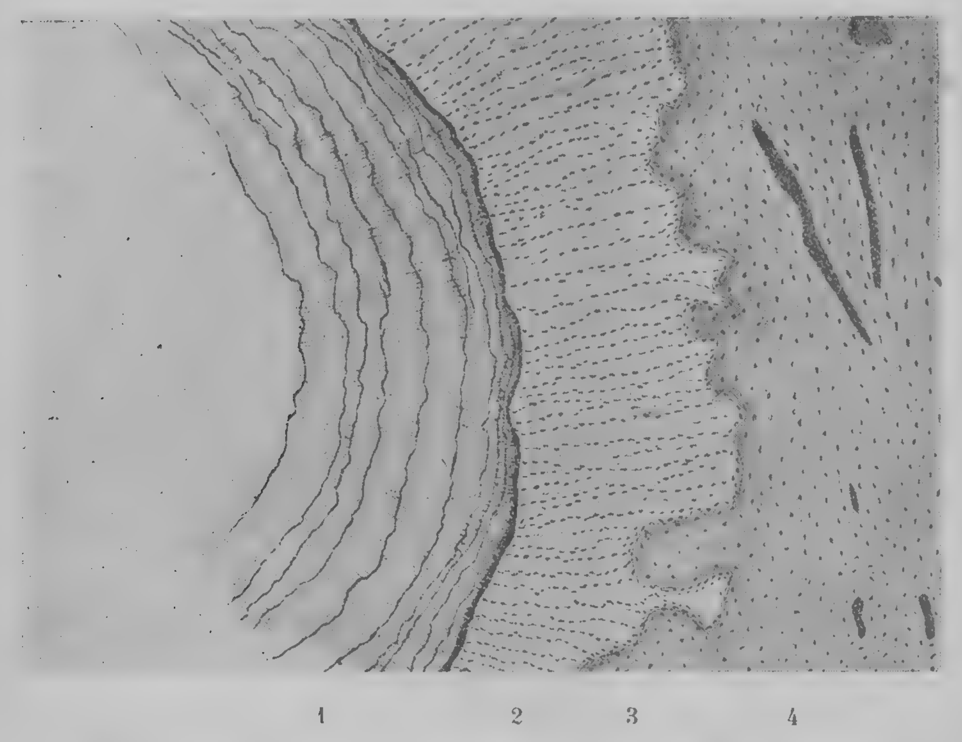


Fig. 4. — *Coupe transversale d'une racine de la première prémolaire d'un vieux chien* qui avait perdu ses incisives.
1, cortical ; 2, ligament dentaire ; 3, couche périostique en voie d'ossification ; 4, os maxillaire.

Si nous donnons le nom de *corticoblastes* aux cellules dont l'extrémité centrale, hyaline et cloisonnée par des stries hématoxylinophiles constitue la zone pré-corticale, nous dirons que ces cellules se transforment en cellules corticales ovalaires ou rondes, par la production d'une capsule hématoxylinophile qui sépare la portion péri-nucléaire du cytoplasma d'avec la portion périphérique. Cette dernière

se différencie ensuite en trame hématoxylinophile et en masse amorphe, se chargeant de sels calcaires.

N'examinant, au début de mes recherches, que des dents de chiens jeunes (âgés de 6, 7 ou 8 mois), je croyais que le cortical faisait défaut sur les incisives de ces animaux. L'observation de chiens plus âgés m'a détrompé très vite.

L'étude des parties latérales, c'est-à-dire des côtés d'une racine permet de se rendre compte de la façon dont le cortical prend naissance aux dépens de la zone pré-corticale (fig. 3). En dehors de la zone claire (3) superficielle de la dentine se trouve la ligne dentino-corticale. A partir de cette ligne et de dedans en dehors, a apparu une zone sombre (4) constituée par des stries transversales, décrites plus haut et leurs intervalles clairs[1]. Les unes et les autres se continuent en dehors avec la zone claire pré-corticale (5) également étudiée plus haut. Enfin vient le ligament dentaire (o). L'histogenèse du cortical est donc la suivante : les cellules conjonctives les plus internes du ligament dentaire s'hypertrophient et s'enrichissent en protoplasma qui se différencie ensuite en stries hématoxylinophiles et en hyaloplasma, les unes et les autres à direction transversale. Ensuite les cellules conjonctives s'encapsulent (*corticoblastes* et *cellules osseuses*). Lorsque cette première zone de corticoblastes a édifié une première lamelle de cortical, il continue à se développer, à sa face externe une seconde zone pré-corticale qui évolue comme la première. Il en va de même plus tard ; c'est de cette façon que le cortical des vieux chiens se compose d'une succession de lamelles osseuses emboîtées les unes dans les autres. Je n'ai pas pu étudier les incisives des vieux chiens, car tous les avaient perdues et leurs canines étaient *rasées*. Comment disparaissent les incisives des chiens ? subissent-elles le *rasement*, ou tombent-elles par arrachement ? Je n'ai pas rencontré une seule racine

1. Il est intéressant de remarquer que les stries hématoxylinophiles, transversales ou horizontales du cortical, offrent un aspect semblable à celui de la substance fondamentale de l'ivoire ou dentine ; elles sont elles-mêmes striées finement et perpendiculairement à leur grand axe.

dans la mâchoire. Blandin qui a étudié les dents humaines se prononce plutôt pour le rasement.

L'usure des dents, dit Blandin, fait des progrès continuels avec l'âge ; quelquefois chez le vieillard elle affecte la couronne tout entière, et cependant chose assez remarquable et que l'on comprendra bien d'après ce qui a été dit précédemment du développement des dents, il ne survient aucun phénomène d'irritation de la pulpe ; la cavité dentaire ne se trouve même pas ouverte.

Quoi qu'il en soit, j'ai dû me borner à étudier, sur les chiens vieux, la racine des premières prémolaires. Tandis que sur les incisives des chiens de 3 à 4 ans, le cortical n'était épais que de 70 à 75 μ, celui de la prémolaire des vieux chiens atteint une épaisseur de 0 m/m 3 (fig. 4) et se compose : 1° d'une couche interne épaisse de 0 m/m 1, claire et de même structure que sur les chiens de 2 ou 3 ans, et 2° d'une couche externe atteignant 0 m/m 2. Cette couche externe est formée de 16 zones concentriques alternativement claires et obscures. Chaque zone claire épaisse de 0 m/m 01 en moyenne est limitée par une zone obscure constituée par du cytoplasma granuleux et non calcifiée qui passe insensiblement à la masse claire et calcifiée de la zone claire.

B. *Homme.* — 1. *Incisives temporaires.* — J'ai étudié deux incisives temporaires. L'une était une incisive médiane du maxillaire inférieur d'une fillette âgée de 5 ans et demi. Devenue branlante, cette dent avait été enlevée avec les doigts. Longue de 6 m/m, cette dent n'avait que la moitié supérieure de la racine, le reste étant résorbé. Débitée en coupes sériées, la racine montrait dans sa portion inférieure un cortical, épais de 0 m/m 03.

L'autre incisive temporaire que j'ai examinée m'a été envoyée par un confrère qui n'a pas noté l'âge de l'enfant. La racine était entière. La couronne était longue de 5 m/m et large de 5 m/m également. La racine était longue de 11 m/m et large (au milieu) de 3 m/m. La racine était comprimée ou aplatie d'un côté à l'autre, c'est-à-dire latéralement. Le diamètre antéro-postérieur de la racine atteignait une longueur

de 4 m/m ; le diamètre latéral n'était, au milieu de la racine, que de 3 m/m. Comme sur le chien, le bord antérieur, plus épais, figure plutôt une face convexe.

Si nous examinons la face ou bord antérieur, nous y trouvons un cortical épais de 40 à 50 μ, comprenant le cortical proprement dit et le pré-cortical. Le cortical montre plusieurs rangées de cellules de 7 à 8 μ, ayant chacune un noyau très chromatique de 2 à 3 μ. Ces petites cellules à hyaloplasma péri-nucléaire sont encapsulées ; l'hyaloplasma forme autour de chaque noyau un cercle 2 ou 3 μ. Entre ces cellules, la substance intercellulaire est granuleuse et hématoxylinophile, comme celle du chien de 3 ou 4 ans.

Quant au pré-cortical, épais de 18 μ, il est formé de fibres rayonnantes comme le pré-cortical du chien d'un an. Une assise de cellules serrées la limite du côté du ligament dentaire.

Si l'on suit, à partir de la face antérieure, le cortical du côté des faces latérales, on voit la couche interne ou cortical diminuer d'épaisseur et finir par se réduire à la seule couche externe ou pré-cortical.

Les dents temporaires sont très favorables pour l'étude de l'ivoire ; avec la technique appropriée, il est facile de faire des préparations démonstratives de la structure de l'ivoire. Les fibrilles hématoxylinophiles (des canalicules) ou fibrilles de Tomes émettent, à des distances régulières, des ramuscules latéraux qui s'anastomosent et constituent la trame figurée de la substance fondamentale calcifiée de l'ivoire[1].

2. *Sur deux fusillés de 25 et 30 ans*, le cortical est épais de 0 m/m 04 à 0 m/m 05 ; il se compose des mêmes couches que sur la dent temporaire : la couche interne ou cortical présente des traînées hématoxylinophiles perpendiculaires à la surface de la dentine et striées transversalement, comme la substance fondamentale de cette dernière. Dans l'intervalle de ces traînées se trouve une masse amorphe calcifiée. Les cellules ont même forme et même situation

1. Voir pour les détails *L'Odontologie*, p. 480, t. LVII, nov. 1919.

que sur la dent temporaire ou le chien de 3 à 4 ans ; elles sont difficiles à étudier à raison de la grande affinité des traînées hématoxylinophiles pour les colorants basiques, qui les teignent d'une façon aussi intense que les noyaux.

La couche externe ou pré-cortical n'est épaisse que de 6 à 7 μ et se distingue du cortical par sa moindre colorabilité.

3. *Incisive d'un sujet de 40 ans.* Le cortical atteint une épaisseur de 0 m/m 25, et se compose de 5 ou 6 lamelles séparées les unes des autres par des traînées sombres. Au lieu d'être perpendiculaire à la surface de la dentine, la substance intercellulaire est disposée en zones concentriques à la racine. Les cellules y sont plus distantes que sur la dent temporaire et les sujets de 25 à 30 ans ; mais elles ont même forme et mêmes dimensions.

4. *Femme de 71 ans.* Le cortical est épais de 0 m/m 45 à 1 m/m et se compose de plusieurs couches qui s'emboîtent les unes dans les autres. Les cellules atteignent une taille de 7 à 8 μ et ont un noyau de 3, 5 μ, toujours chromatique et entouré d'un cytoplasma clair.

Quant à la substance intercellulaire, elle a la structure de celle du tissu osseux, car elle se compose d'une charpente hématoxylinophile réticulée dont les mailles sont remplies d'une masse amorphe calcifiée.

IV. RÉSULTATS

Le cortical apparaît longtemps après l'éruption de la dent. L'époque précise reste à déterminer. Son développement est précédé par une modification que subit la face interne ou radiculaire du ligament dentaire : l'assise cellulaire la plus interne élabore un cytoplasma abondant, clair, qui ne tarde pas à montrer de fines stries hématoxylinophiles cloisonnant le cytoplasma dans le sens perpendiculaire à la surface de la racine. C'est la couche ou zone de *pré-cortical.* A partir de la ligne dentino-ligamentaire, ce pré-cortical se change en cortical : les filaments hématoxylinophiles deviennent plus nombreux et plus serrés ; ils émettent des ramuscules latéraux qui donnent au cortical

l'apparence striée transversalement que présente la dentine. L'hyaloplasma intermédiaire aux stries se charge de sels calcaires. Le cortical se distingue du pré-cortical par son aspect sombre et par son affinité pour les colorants basiques. Les cellules du pré-cortical participent à la transformation, car une capsule se forme autour du mince corps cellulaire qui entoure le noyau. Cette capsule sépare ainsi le cytoplasma clair, péri-nucléaire, d'avec le cytoplasma périphérique qui est granuleux et qui se confond avec celui des cellules voisines, en une masse commune (intercellulaire ou fondamentale du cortical).

Nous avons vu que le pré-cortical est formé de cytoplasma clair cloisonné par des stries hématoxylinophiles perpendiculaires à la surface de la racine. Ces stries ne se calcifient point et correspondent par conséquent aux fibres de Sharpey des auteurs pour qui ces dernières demeurent libres de sels calcaires et donnent, par la macération, naissance aux canalicules perpendiculaires à la dentine. Quant à ceux qui décrivent des fibres de Sharpey calcifiées, il est probable qu'ils désignent par là les traînées claires, intermédiaires aux stries hématoxylinophiles. Il m'a été impossible de découvrir dans le cortical de véritables fibres conjonctives. A mon avis, la masse calcifiée du cortical se trouve incluse, à l'état amorphe, dans les mailles des stries hématoxylinophiles et de leurs rameaux latéraux.

Le cortical est de l'os et se développe comme le tissu osseux qui prend naissance dans le tendon ou le périoste. Nous savons que les facteurs mécaniques sont nécessaires et suffisants pour faire apparaître dans un tendon un nodule cartilagineux ou osseux : dans les points où le tendon frotte sur une surface dure, les cellules conjonctives deviennent, selon le degré d'excitation, vésiculeuses, cartilagineuses ou osseuses. Le cortical n'apparaît qu'à l'époque où le ligament dentaire commence à être soumis aux pressions dentaires. Plus ces pressions se multiplient et augmentent avec l'âge, plus le cortical s'épaissit. Ce qui prouve que les pressions dentaires sont essentiellement en cause, c'est que les stries

hématoxylinophiles et les tractus amorphes, intermédiaires, s'orientent, dans chaque zone ou lamelle du cortical, de façon qu'ils sont perpendiculaires à la surface de la racine qui en est le centre. Les cellules conjonctives du ligament dentaire se comportent comme celles du tendon sous l'influence du facteur mécanique ; mais la substance intercellulaire se dispose en parties dont la direction est perpendiculaire à la surface de la racine.

V. HISTOLOGIE COMPARÉE

La molaire du cobaye est une dent *composée*, c'est-à-dire qu'outre la dentine et l'émail, la couronne possède une troisième substance qui est du *cartilage hyalin*. Dans cette dent, il n'existe en somme qu'une papille qui se plie et se replie sur elle-même de façon à présenter deux lames transversales réunies par deux ponts d'union antéro-postérieurs. Chaque face de cette lame édifie une couche de dentine dont les portions périphériques ou externes se transforment en émail. Entre les plis et les replis de ces lames éburno-adamentines, le tissu conjonctif du périoste alvéolo-dentaire envoie des prolongements de tissu conjonctif. Les cellules conjonctives de ces prolongements ne tardent pas à se transformer en cellules vésiculeuses, puis cartilagineuses et la substance intercellulaire devient hyaline. C'est ainsi que le cortical de la molaire du cobaye prend la structure de cartilage hyalin. Dans les cobayes de nos laboratoires, je n'ai jamais observé que du cortical cartilagineux. Il est cependant possible qu'avec l'âge, le cortical *cartilagineux* se transforme, au moins partiellement, en cortical *osseux*.

Un grand nombre d'autres mammifères ont des dents dont la couronne montre également du cortical osseux. Ch. Robin, puis Legros et Magitot[1] ont décrit, chez les ruminants, un stade où le cortical serait constitué par du *fibro-cartilage*. Mon maître Ch. Robin a dessiné d'après une de ses préparations, les figures 2 et 3 du mémoire cité : on

1. *Journal de l'Anatomie*, etc., 1881, p. 284.

voit dans le tissu conjonctif des cellules encapsulées de 18 à 25 μ, ressemblant à des cellules cartilagineuses. Il s'agissait d'une molaire embryonnaire d'un embryon de veau de trois mois. Plus tard, l'*os se substituerait au cartilage*. Ch. Robin a reproduit une image réelle, car il apparaît, dans le tissu inter-dento-maxillaire, des cellules encapsulées. Est-ce du cartilage? Je ne le pense pas ; il me semble, d'après ce que j'ai vu ailleurs, qu'il s'agit uniquement de cellules conjonctives ayant élaboré un cytoplasma péri-nucléaire clair ou hyaloplasma. Ce sont des cellules vésiculeuses analogues à celles qu'on observe dans les tendons en voie d'ossification des oiseaux, par exemple, et qui ne sont qu'un stade intermédiaire entre la cellule conjonctive et la cellule osseuse. En un mot, je ne crois pas qu'il existe un organe spécial formateur de l'émail pour les dents composées dont la couronne possède du cortical, comme la racine. Le cortical coronaire et radiculaire est élaboré par le tissu conjonctif inter-dento-maxillaire, dont les cellules conjonctives commencent par devenir vésiculeuses avant de se transformer en cellules cartilagineuses, comme chez le cobaye, ou en cellules osseuses comme chez les ruminants.

Autre problème : le cément ou cortical, disent les classiques, est une formation accessoire qui n'existe pas chez les vertébrés inférieurs. Voyons les faits. Chez le requin et la raie, les dents sont unies entre elles et fixées par une membrane fibreuse qui les rattache aux mâchoires et qui leur permet de glisser sur ces dernières. La membrane fibreuse semble correspondre au tissu inter-dento-maxillaire et elle ne s'ossifie point ; donc il n'y a pas de cortical.

Chez la plupart des *poissons osseux*, la substance de dent paraît continue à celle de la mâchoire ; la dent est dite *ankylosée*.

Cependant Ch. Tomes, qui a étudié au microscope ce mode d'union, remarque « que chaque dent est implantée dans une dépression beaucoup plus large qu'elle et que le vide est rempli par un tissu osseux particulier de nouvelle formation ». Ce dernier me semble résulter de l'ossification

du tissu conjonctif inter-dento-maxillaire et être l'analogue du cortical. Les dents de la baudroie et du brochet sont la plupart ankylosées ; cependant ces deux poissons possèdent toujours quelques dents mobiles qui, grâce à un ligament fibreux, sont susceptibles de se redresser, dès qu'une pression s'exerce sur elles.

Les dents sont supportées, chez l'anguille, par un court cylindre osseux qui est creux et dont les lamelles osseuses sont disposées en zones différentes de celles de l'os de la mâchoire. Lorsque la dent tombe, le cylindre osseux se détache avec elle. Il paraît donc être l'analogue du cortical des dents des mammifères. Autrement dit, le tissu inter-dento-maxillaire s'ossifie en totalité chez l'anguille de façon à produire un cortical qui soude la dent à la mâchoire.

Chez les serpents ou ophidiens, l'union de la dent et de l'os se fait par un cortical semblable : c'est une masse osseuse, formée de lamelles emboitées les unes dans les autres et parallèles à la base de la dent. Cette masse osseuse, intermédiaire à la dent et à la mâchoire, a reçu de Ch. Tomes, le nom d'*os d'attachement (bone of attachment)* ; elle me semble représenter le tissu inter-dento-maxillaire ayant subi tout entier l'ossification ; c'est-à-dire un véritable *cortical*. Ici encore, le cortical se détache avec la dent qui tombe.

En rapprochant les faits les uns des autres, nous dirons : chez les mammifères, le tissu inter-dento-maxillaire ne devient cartilagineux ou osseux qu'à la surface même de la dent pour donner naissance à un revêtement cartilagineux ou osseux, tandis que la portion externe persiste, au moins sur la racine, sous la forme fibreuse *(ligament dentaire)*. Chez les vertébrés inférieurs, le tissu inter-dento-maxillaire reste fibreux (requin et raie) ou bien il subit le plus souvent l'ossification totale et devient un cortical qui unit de façon immobile la dent à la mâchoire.

Conclusions. — Le cortical existe chez les mammifères adultes à l'état *cartilagineux* (molaires de cobaye) ou *osseux* (la plupart des mammifères). Il est dû à la chondrifi-

cation (cobaye) ou à l'ossification de la couche interne du ligament dentaire. Le cortical est une lame d'os compacte dont les trabécules hématoxylinophiles et la masse intermédiaire, calcifiée, sont orientées perpendiculairement au grand axe de la racine ou de la dent qui en est le centre. Pour lui donner naissance, les cellules conjonctives des couches internes du ligament dentaire, élaborent un cytoplasma abondant (*tissu pré-cortical*) qui se différencie en fibres hématoxylinophiles et en une masse amorphe qui se calcifie. En même temps, la portion péri-nucléaire des cellules formatives s'entoure d'une capsule et se transforme en cellule corticale de même forme et de même structure qu'une cellule osseuse. Avec l'âge, les couches ou zones de cortical augmentent et se disposent en zones concentriques au grand axe de la racine. Alors qu'une partie du ligament dentaire persiste chez les vieux mammifères, il semble s'ossifier totalement chez certains vertébrés inférieurs pour souder la dent à la mâchoire (*os d'attachement* de Ch. Tomes).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 2 décembre 1919.

PRÉSIDENCE DE M. BLATTER, PRÉSIDENT.

La séance est ouverte à 9 h. du soir.

Le président fait part des excuses de M. Godon, légèrement souffrant, qui ne peut assister à la séance.

Il met aux voix le procès-verbal de la réunion du 1er juillet, publié dans le numéro du 30 novembre de l'*Odontologie*, page 494, qui est adopté à l'unanimité, et ajoute :

Je rappelle, dès le début de la séance, que, le samedi 10 janvier, aura lieu la séance mensuelle de la Société d'Odontologie ; que le lendemain dimanche 11 il y aura séance de démonstrations pratiques. On a déplacé cette séance en raison de l'arrivée à Paris des délégués de la Fédération Dentaire Internationale des pays alliés. A l'issue des démonstrations pratiques du dimanche 11 janvier, il y aura un déjeûner amical.

Je pense qu'un des conférenciers de la séance du samedi sera M. le professeur Sebileau, qui m'a promis de faire une communication ce jour-là.

A la dernière séance, M. Georges Villain nous a signalé un article du professeur Jessen, au sujet de la clinique dentaire scolaire de Strasbourg. M. Jessen disait que cette clinique avait été fermée par les autorités françaises et que les professeurs avaient été chassés de l'Université. On a émis ici le vœu d'adresser une lettre de protestation à un journal anglais, l'*Oral Hygiene*, qui avait publié la lettre de M. Jessen.

Nous avons fait cette protestation et on va vous en donner lecture, ainsi que de la réponse qui y a été faite.

Le secrétaire général donne lecture des deux lettres.

I. — SUR LA STRUCTURE ET L'ORIGINE DU CÉMENT ET CORTICAL OSSEUX DES DENTS DE L'HOMME ET DU CHIEN, PAR M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RETTERER.

M. Retterer donne lecture de sa communication (V. d'autre part).

DISCUSSION.

M. Roy. — Les faits que cite M. Retterer sont intéressants et troublants puisqu'ils renversent beaucoup des théories avec lesquelles nous avons été élevés, avec lesquelles notre éducation a été faite. Un mot m'a particulièrement frappé dans son historique; c'est que je crois bien, comme lui, que beaucoup des descriptions que l'on peut lire dans les différents auteurs ne sont que des copies; les auteurs se sont beaucoup copiés les uns sur les autres, chacun déformant la pensée de celui qui l'a précédé. Il semble donc que l'histologie dentaire est tout entière à refaire, que l'on sache bien ce que l'on voit, qu'on soit bien d'accord, et que alors seulement on se livre à des interprétations pour lesquelles, je crois, il est nécessaire de recourir à l'embryologie, à des examens de pièces sur des fœtus où l'on peut suivre l'évolution, ce qui permettrait de trancher certaines questions. Le seul moyen de contrôle me paraît être dans l'examen des germes dentaires aux différents âges de formation.

Je signalerai à M. Retterer une petite particularité et en même temps je lui demanderai un petit renseignement, c'est qu'il nous donne une épaisseur différente de cortical (j'accepte très volontiers cette expression de cortical d'après Tenon) sur les dents jeunes et sur les vieillards. C'est un fait que sur les vieillards le cortical est plus épais que chez les enfants. Mais il y a un fait que M. Retterer ne nous a pas dit: c'est en quel point il a pris ces épaisseurs de cément, car le cément n'a pas une épaisseur égale sur tous les points de la dent, il est très mince au collet et très épais, au contraire, à l'apex.

Je vous demanderai donc de nous fixer sur le point où vous avez pris les épaisseurs.

D'autre part, il est des différences d'épaisseurs du cortical qui sont dues à des causes pathologiques. Il y a des déformations, que nous appelons exostose ou hypercementose, qui sont d'ordre pathologique, elles sont provoquées par l'inflammation du périoste généralement en relation avec des infections pulpaires. Mais il y a une autre cause à cette hypertrophie du cément et je la signale tout de suite à M. Retterer, car ce petit point de pathologie pourra peut-être l'éclairer au point de vue de l'embryologie et de l'histologie, c'est un fait que j'ai signalé il y a déjà bien longtemps à l'occasion des éruptions vicieuses de dents de sagesse, c'est que toute dent qui présente ces anomalies d'éruption présente généralement de l'exostose, de l'hypercementose qui semble liée à la difficulté, que la dent a éprouvé pour faire son évolution.

M. Retterer. — Je vous remercie beaucoup de cette observation.

Noyes, dans son excellent livre, dit que le cément est l'organe le plus important de la dent et parle de pyorrhée. J'ai donc pensé à vous, car quand on parle de pyorrhée, on pense à vous.

Le Président. — Monsieur Retterer, je vous remercie infiniment de votre communication. Vous avez vu que tout le monde s'y est fort intéressé.

II. — Décomposition électrolytique du métal dans la bouche, par M. Roy.

M. Roy fait sur ce sujet une communication qui sera publiée.

Discussion.

M. G. Villain. — De la communication que vient de nous faire notre collègue M. Roy, je voudrais tirer une conclusion utile en orthodontie. J'ai eu la même expérience sans l'avoir attribuée au même fait, avec les bagues de redressement. Ces bagues sont composées d'un métal plus riche en nickel que le métal qu'employa M. Roy. Lorsque vous soudez ces bagues pour une modification quelconque, si vous employez de la soudure d'or au lieu de soudure d'argent, la bague devient cassante et ne résiste pas longtemps dans la bouche, la surface métallique prend un grain spécial, on croirait voir une surface cristalline. Je pense qu'il y a là un phénomène électrolytique.

C'est une indication à donner aux confrères, de ne pas souder ces bagues à l'or.

Le Président. — Je remercie M. Roy de sa communication. (*Applaudissements*).

III. — L'occlusal, appareil pour déterminer et situer le plan de mastication, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture de sa communication (Sera publiée).

Discussion.

M. G. Villain. — Je tiens simplement à remercier Ruppe de sa communication. L'occlusal au point de vue prothèse, rendra de très grands services, pour reproduire la même hauteur d'occlusion dans la construction d'un appareil pour un malade déjà porteur d'un appareil et n'ayant pas de points de contact antagonistes naturels, quelquefois pour modifier cette hauteur tout en gardant le même plan d'occlusion. Chez un vieil édenté habitué à un vieil

appareil, on a souvent de la difficulté à reproduire une articulation, que nous croyons être une articulation normale. Les mouvements mandibulaires se sont transformés par suite des modifications que l'âge, l'usure et la perte de dents ont successivement entraînées dans les diverses parties constituant le mécanisme dentaire. Très souvent nous nous trouvons en présence d'un état cinématique spécial dû au port prolongé d'un appareil dont l'articulation est défectueuse. Il y a intérêt, dans certains cas, à garder le même plan d'occlusion et nous pouvons, avec l'occlusal, le reproduire plus facilement.

Au point de vue de l'orthodontie, c'est un élément de plus. L'angle de Camper est extrêmement utile pour nous en orthodontie, car c'est le plus facile à prendre sur le sujet vivant. La ligne faciale verticale de l'angle de Camper étant modifiée, pour nous elle doit passer (au-dessus des téguments) par la proéminence frontale et la proéminence mentonnière.

Ce que je voudrais maintenant, puisque Ruppe nous fait ces appareils et les fait si bien, c'est qu'il le complète ; je crois que c'est faisable en y adjoignant un dispositif susceptible de nous donner l'angle de Camper sur le malade.

J'ai souvent demandé cela aux élèves quand je leur indique par quels moyens empiriques nous le prenons et, l'année dernière, un ancien élève d'ici, M. Fournier, avait construit, sur mes indications, un appareil qui n'était pas tout à fait au point. Je voudrais que Ruppe vît cet appareil ; il y serait peut-être possibilité d'adjoindre très peu de chose pour que l'occlusal puisse nous servir aussi à l'enregistrement de l'angle facial, aussi bien pour la construction des appareils qu'en orthodontie pour nous permettre de préciser notre diagnostic. Le seul moyen que nous ayons de diagnostiquer d'une façon précise les malpositions ou malformations de l'un ou l'autre des maxillaires, c'est l'angle facial. Un appareil qui pourrait s'appliquer facilement et mesurer l'angle facial nous rendrait grand service.

Je demande à mon ami Ruppe de mettre au point cette question puisqu'il s'en occupe déjà, ce dont je le félicite beaucoup. (*Applaudissements*).

IV. — Incidents de la pratique journalière.

M. H. Villain. — Permettez-nous de vous présenter ces petits plateaux de celluloïd habituellement employés en photographie pour le virage des plaques, et qui peuvent nous servir comme plateau à empreintes.

Jusqu'à ces derniers temps nous avions employé des plateaux de verre, très propres, mais malheureusement trop fragiles.

Ces plateaux restaient à l'atelier tant que les empreintes n'étaient pas reconstituées, ils revenaient souvent ébréchés et quelquefois cassés. Leur renouvellement devenait impossible par suite du manque de cristallerie, et, quand on les trouvait, le prix en avait considérablement augmenté.

Nous y avons donc renoncé et nous utilisons ces petits plateaux de celluloïd, très propres également, facilement lavables, presque incassables, peu couteux, s'emboîtant les uns dans les autres, tenant donc peu de place.

Ils nous donnent toute satisfaction, c'est pourquoi nous nous sommes permis de vous les présenter.

V. — Comptabilité simplifiée spéciale aux chirurgiens-dentistes, par M. Vagné, expert-comptable.

M. Vagné donne lecture de sa communication (v. d'autre part).

Discussion.

Le Président. — Ce qui ressort de la communication de M. Vagné, c'est l'importance d'une comptabilité tenue d'une façon précise, étant donné les renseignements demandés par les contrôleurs.

J'étais à Lyon le mois dernier. L'avocat-conseil des dentistes du Rhône a été sollicité pour la même question, car plusieurs confrères Lyonnais avaient reçu du contrôleur des demandes de justifications, le contrôleur passant dans les cabinets et demandant la comptabilité.

Il ne faut pas croire, parce que vous avez une profession libérale, que vous êtes soustraits à la comptabilité ; vous devez montrer un jeu de livres parfaitement en règle.

M. Vagné a eu l'idée de vous soumettre un projet de comptabilité qui peut intéresser les membres de la Société.

M. G. Villain. — Quels sont les livres que le contrôleur peut voir ?

M. Vagné. — Le journal général, le journal de caisse et le grand livre où il y a la répartition des comptes ; il ne peut pas exiger autre chose.

M. Roy. — Il faut une comptabilité régulière qui permette une base d'appréciation. Le dentiste n'est pas tenu à des livres réguliers comme un commerçant, mais on peut lui demander la justification des chiffres.

M. Vagné. — En tout état de cause on exige la justification des recettes et des dépenses. Le mieux, puisque cela vous rend

des services à vous-mêmes, c'est d'avoir un journal de caisse où tous les comptes sont reproduits. Maintenant, je me tiens à la disposition de ceux d'entre vous qui désireraient avoir un entretien particulier dans lequel je serais beaucoup plus à l'aise pour les documenter.

Le Président. — Je rappelle encore, pour finir, que les confrères qui veulent faire des démonstrations pratiques à la séance de janvier sont priés d'en prévenir M. Miégeville, secrétaire général.

La séance est levée à 11 h. 15.

Le Secrétaire général,
V.-E. MIÉGEVILLE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMPTABILITÉ SIMPLIFIÉE SPÉCIALE AUX CHIRURGIENS-DENTISTES

Par C. VAGNÉ, Expert-Comptable.

(Communication à la Société d'Odontologie, 2 décembre 1919).

C'est pour répondre au désir exprimé par M. Blatter, votre Président, que je vais, si vous le permettez, vous faire un exposé de la comptabilité, telle que je la comprends pour votre profession.

Ceci est pour moi un grand honneur, et je tiens à exprimer ici mes sincères remerciements à votre Président.

Vous exercez une profession libérale, en apparence exempte de l'obligation d'une comptabilité.

Tel n'est pas le cas. Vous êtes absolument tenus de déclarer, chaque année, le montant des bénéfices réalisés au cours de l'année précédente ; vous êtes tenus également de souscrire une déclaration concernant l'ensemble de vos revenus ; vous êtes tenus encore de souscrire une déclaration indiquant vos bénéfices de guerre ou vos bénéfices exceptionnels.

Or, le devoir des contrôleurs est de vous demander la justification de vos déclarations, et ils ont le droit (ils en useront, soyez-en certains), pour les professions libérales, d'exiger tout au moins communication des recettes et des dépenses, la différence

entre ces deux éléments représentant imparfaitement le bénéfice réalisé.

Sans comptabilité, vous n'avez aucun moyen de vous défendre contre les taxations arbitraires, et vous risquez en outre de vous voir appliquer la double taxe comme amende pour refus de communication de renseignements ou de livres... que vous ne possédez pas.

Mais comment concilier vos obligations envers la loi avec le secret professionnel qu'il vous faut respecter ?

Il vous suffira de diviser votre comptabilité en deux parties : *Comptabilité privée* réservée au praticien, et *Comptabilité officielle* ne contenant aucun nom de clients.

Les chirurgiens-dentistes n'auront, pour tenir eux-mêmes la comptabilité privée, qu'à apporter une légère modification à leur brouillard de caisse, souvent trop sommaire.

Comptabilité privée.

J'ai édité un mémento-caisse spécial à votre profession ; il remplacera votre brouillard. Examinez-en la reproduction ci-après :

Vous porterez sur le memento-caisse toutes les opérations concernant votre cabinet : recettes, versements et opérations hors-caisse (crédits consentis, achats à terme, etc.).

Grâce aux répartitions de ce memento, vous connaîtrez votre chiffre d'affaires, sa sélection en prothèse, soins, etc. ; vous serez donc armés contre le fisc et renseignés, au besoin, pour la cession avantageuse de votre cabinet.

Tenu comme je l'indique, le memento-caisse contient tous les éléments de la comptabilité officielle.

Comptabilité officielle.

Elle comprend trois livres : Journal de caisse, Journal général, Grand-Livre.

Sur le Journal de caisse, dont le modèle est reproduit ci-après, une seule ligne par jour vous donnera la sélection de vos recettes et versements.

Au Journal général, vous porterez les écritures mensuelles de groupement des comptes, les écritures annuelles, les inventaires et les bilans.

Au Grand-Livre, vous ferez à chaque compte les reports mensuels des écritures du Journal général.

Les avantages que vous donnera une comptabilité régulière seront nombreux :

1° Surveillance facile des dépenses et des frais généraux ;

2° Incorporation de toutes les dépenses personnelles concernant la profession ;

3° Reprise des frais généraux professionnels, tels que les appointements et frais de nourriture et d'entretien des gens de service ;

4° Suppression de toute contestation avec les fournisseurs ou clients indélicats ;

5° Sécurité envers les Compagnies d'assurances en cas d'accident grave à un opérateur ou à un employé quelconque ;

6° Connaissance du pourcentage de bénéfice brut à appliquer pour obtenir un bénéfice net déterminé ; donc détermination raisonnée des prix à appliquer ;

7° Application des amortissements, sorte de réserve légale, exempte d'impôts, et acceptée seulement pour les comptabilités régulières ;

8° Plus d'impôts possibles sur des bénéfices imaginaires.

La nouvelle loi admise par la commission fiscale quintuplera la taxe en cas de déclaration fausse ou présumée telle, et elle y ajoutera une amende égale aux bénéfices simulés ou supposés tels.

Quant aux ennuis en cas de désaccord sur les déclarations des bénéfices de guerre ou bénéfices exceptionnels, ils sont innombrables.

Je suis en relations fréquentes avec les contrôleurs auprès desquels je représente souvent des clients ; je connais les exigences du fisc et y conforme ma comptabilité.

Elle est en outre simple et rapide, et je me charge d'initier à sa tenue le praticien ou quelqu'un de sa maison.

Ma comptabilité spéciale a été prévue pour servir également aux praticiens faisant leur prothèse.

Je vous remercie de la bienveillance que vous avez bien voulu me témoigner, et je me tiendrai volontiers à la disposition de ceux d'entre vous qui désireraient avoir un entretien particulier avec moi. Je serai plus à l'aise pour les documenter et leur faire un exposé à l'aide d'exemples comptables choisis par eux.

JOURNAL DE CAISSE *Mois de* 19

PAGE DE GAUCHE

AUTRES COMPTES		CLIENTS		RECETTES —	DATES	LIBELLÉ DES OPÉRATIONS	VERSEMENTS —
	TITRES des COMPTES	CRÉDITS RENTRÉS C. R.	PAIEMENTS COMPTANT P. C.	SOMMES TOTALES R.			SOMMES TOTALES V.
1	2	3	4	5	6	7	8
						En caisse au 1er	
					1 2 » » 31	Recettes et Versements suivant détail au Memento-Caisse, fo	
						En caisse au 31..........	
		Clients :					

PAGE DE DROITE

FRAIS GÉNÉRAUX							FOURNISSEURS	MOBILIER	AUTRES COMPTES	
Produits et Pharmacie Dentaires P. P. D.	Loyers Assurances Contributions Impôts L. A. C.	Éclairage Chauffage et Entretien des Locaux E. C.	Appointements et Salaires A. S.	Lingerie et Blanchissage L. B.	Entretien et Renouvellement du Matériel et de l'Outillage E. M. O.	Frais de Bureau et de Correspces Frais d'Encaissets Entret. du Mobi. Agencement Frais Divers F. D.	MÉCANICIENS ETC. F.	AGENCEMENT MATÉRIEL OUTILLAGE NEUFS EN AUGMENTATION M. A. O.	TITRES DES COMPTES	
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Frais généraux :										

MEMENTO-CAISSE

Mois d 19

NOTA. — *Tous les renseignements ayant un caractère professionnel et comptable doivent être inscrits sur ce Memento.*

Numéroter les pièces de Caisse par le folio et la ligne. — Exemple : 1/4.

Nos des pièces	Quantièmes	Détail des opérations et memento — Nom	Libellé	Caisse (Espèces seulement) — Recettes	Versements		Mouvements hors-caisse (Crédits consentis Achats à terme etc.)	Fos	Répartition du chiffre d'affaires — Prothèse	Soins	Opérations			Notations comptables
1	2	3		4	5		6	7	8	9	10	11	12	13
			Report........											
1														
2														
3														
4														

LA LOI SUR LES BÉNÉFICES DE GUERRE EST APPLICABLE A LA PROFESSION MÉDICALE

*Nous empruntons à l'*Avenir Médical *d'après le* Bulletin officiel du Syndicat des médecins du Rhône et de l'Union des Syndicats médicaux du Sud-Est *l'article ci-dessous et le texte du jugement qui l'accompagne dont l'importance pour les médecins comme pour les dentistes n'échappera pas à nos lecteurs qui pourront retrouver, dans* L'Odontologie *de janvier 1919, p. 36, le texte du remarquable mémoire de Me Morillot dont il est parlé plus loin et qui malheureusement, comme on le verra, n'a pas obtenu gain de cause devant le Conseil d'Etat.*

A la suite d'une taxation par le fisc pour les bénéfices supplémentaires de guerre, le docteur Pomme, de Givors, soumit cette affaire au bureau du Syndicat, qui prit les avis de notre Avocat-Conseil, Me Veuillet, et du Professeur Paul Pic, de la Faculté de Droit. Ces deux maîtres, après examen du texte de la loi, des travaux préparatoires au Parlement, et des commentaires de divers ouvrages, estimèrent que la loi du 1er juillet 1916 ne pouvait s'appliquer aux médecins. Il y avait donc lieu de faire appel devant la Commission supérieure à Paris, de la décision de la Commission départementale au 1er degré à l'égard du docteur Pomme. Il s'agissait là d'une question d'intérêt général pour les professions libérales.

Un volumineux dossier fut constitué et adressé à la Commission supérieure. Malheureusement celle-ci confirma plus tard la décision de la Commission du 1er degré, malgré un remarquable mémoire de Me André Morillot, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, à qui le Syndicat des Médecins du Rhône avait confié la mission de faire trancher en notre faveur cette question de principe : *le non assujettissement des médecins et des autres professions libérales à la loi du* 1er juillet 1916 *sur les bénéfices supplémentaires de guerre.*

Par un second mémoire de Me Morillot, cette affaire fut portée devant la dernière juridiction, le Conseil d'Etat, qui vient de rendre dans sa séance du 30 janvier 1920, son arrêt que nous publions plus loin.

« La requête du docteur Pomme est donc rejetée, nous écrit Me Morillot. C'est là une décision d'une portée considérable qu'il n'a pas dépendu de nos efforts les plus énergiques de conjurer. Je le regrette vivement, persuadé de la légitimité de notre cause. »

Le talent de Me Morillot est connu. Nous avons la conviction également que ce maître a mis tout son dévouement pour faire obtenir gain de cause au corps médical et aux autres professions libérales.

Arrêt du Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux.

Sur le moyen tiré de ce que le requérant ne pouvait, en sa qualité de médecin, être assujetti à la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre ;

Considérant que l'article premier, § 4 de la loi du 1er juillet 1916 assujettit à la contribution extraordinaire sur les bénéfices exceptionnels ou supplémentaires, réalisés depuis le 1er août 1914 jusqu'à l'expiration du douzième mois qui suivra celui de la cessation des hostilités, « les sociétés et les personnes passibles de la contribution des patentes dont les bénéfices ont été en excédent sur le bénéfice normal » ;

Considérant qu'en raison de la généralité des termes employés, les dispositions de ce texte doivent être appliquées à tous les patentables dont les gains ont excédé, pendant la période ci-dessus précisée, ceux que leur procurait normalement, avant le 1er août 1914, l'exercice de leur profession, sans qu'il y ait lieu de distinguer suivant la nature de ladite profession ou suivant la qualification habituellement donnée aux ressources qu'ils en tirent ; qu'alors même que la vérification des bénéfices réalisés par certains d'entre eux comporterait, en raison des conditions dans lesquelles s'exercent leur activité, des modalités spéciales, cette circonstance ne serait de nature à les exonérer d'une contribution à laquelle ils sont assujettis par la loi ; qu'il suit de là que la profession médicale, inscrite au tableau D de la loi du 15 juillet 1880 sur les patentes, est comprise au nombre de celles qui sont visées par l'art. 1er, § 4, précité ;

Considérant que, de ce qui précède, il résulte que le requérant n'est pas fondé à soutenir que c'est par une inexacte interprétation de la loi qu'il a été, par la décision attaquée, déclaré passible, en sa qualité de médecin, de la contribution extraordinaire sur les bénéfices de guerre ;

Sur le moyen tiré de ce que la décision attaquée aurait fait une évaluation arbitraire des bénéfices supplémentaires réalisés par le sieur Pomme du 1er août 1914 au 31 décembre 1915 ;

Considérant que, pour maintenir au chiffre de 5.500 francs fixé par la Commission du premier degré, le montant des bénéfices supplémentaires du requérant pendant la période envisagée,

la Commission supérieure s'est uniquement fondée sur des motifs tirés de l'appréciation des faits; qu'il suit de là que sa décision est définitive sur ce point et qu'elle ne peut être discutée devant le Conseil d'Etat lequel, d'après l'art. 2 *in fine* de la loi du 1er juillet 1916, n'a compétence que pour connaître des moyens d'excès de pouvoir ou de violation de la loi.

Décide :

La requête susvisée du sieur Pomme est rejetée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

QUESTIONS D'ALSACE

Par M. Pellier-Cuit,

Chirurgien-dentiste à Strasbourg.

Dans sa séance du 25 janvier dernier, le syndicat des zahnärzte (médecins-dentistes) et des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine a pris plusieurs décisions importantes.

1º Il a chargé son comité de demander aux pouvoirs publics l'équivalence pure et simple, pour les *Alsaciens-Lorrains* de leur diplôme de zahnärzte avec celui de chirurgien-dentiste [1]. Il émet en outre le vœu qu'étant donné l'habitude locale de donner le titre de médecin-dentiste pour désigner les praticiens diplômés, ce titre puisse être employé par tous les dentistes diplômés jusqu'à la fin de la période de transition et la mise en vigueur des lois françaises.

2º L'assemblée a également chargé son comité d'obtenir des pouvoirs publics le remaniement du décret du 25 septembre 1919 de M. Millerand, alors Commissaire général ; en particulier la suppression de l'article 3 dudit décret. *Cet article, favorisant les apprentis* [2], *est en contradiction formelle avec la loi de* 1892 sur laquelle prétend s'être appuyé le Commissaire général ; il est de plus susceptible de provoquer un sentiment de mécontentement chez les mécaniciens français qui ne jouissent pas des mêmes *faveurs.*

3º L'assemblée a émis le vœu que les non diplômés allemands installés soient mis dans l'*impossibilité absolue de pratiquer* parce qu'ils jouiraient, par le seul fait d'être autorisés à continuer d'exercer leur art, d'un avantage qui est refusé aux Français

---

1. Cette équivalence existe sous tous rapports : avant novembre 1911 les études pour obtenir le diplôme de zahnarzt duraient 3 ans, y compris un stage obligatoire, et le baccalauréat n'était pas demandé pour entrer à la Faculté.

2. Cet article jettera dans la profession un nombre énorme de non diplômés sans instruction comme spécialistes, il risque de ravaler encore pour longtemps en Alsace-Lorraine l'ensemble des dentistes au rang des charlatans ; à mon avis personnel, l'application pure et simple de la loi de 1892 était et serait encore la chose la plus simple.

placés dans les mêmes conditions et qui de plus *se sont battus pour délivrer l'Alsace et la Lorraine.*

4° La question des étrangers a *été abordée* [1].

5° Comme dernier vœu l'assemblée demande que tous les praticiens, — *diplômés ou non* — qui seront autorisés à pratiquer, puissent le faire librement sur tout le territoire national [2].

ARRÊTÉ DU 24 OCTOBRE 1919 RELATIF AU COMMERCE DE LA COCAINE, DE L'OPIUM, DE LA MORPHINE ET DE L'HÉROINE, EN BELGIQUE

Article premier. — Nul ne peut importer, produire, fabriquer, vendre, détenir, exposer ou offrir en vente, acheter, délivrer *ou se faire délivrer* en vue de la vente, les substances énumérées ci-dessous, s'il n'en a pas fait la déclaration préalable au Ministre de l'Intérieur, à moins qu'il ne soit pharmacien tenant officine, médecin ou médecin-vétérinaire tenant un dépôt de médicaments :

La cocaïne et ses sels ;

L'opium (officinal ou non officinal) ;

La morphine et ses sels ;

La diacétylmorphine (héroïne) et ses sels ;

Toutes les préparations officinales ou non officinales contenant plus de :

2 p. 100 d'opium ;

0,2 p. 100 de morphine ou de ses sels ;

0,1 p. 100 de cocaïne ou de ses sels ;

0,1 p. 100 de diacétylmorphine ou de ses sels.

. . . .

---

1. Les étrangers ne possédant pas le diplôme français s'étaient placés sous les lois allemandes en s'installant, certains même *ont servi les Allemands pendant la guerre.* Ils pensent actuellement exercer librement dans le pays (Allemagne) qui eut leurs préférences ; il n'y a donc pas de raisons pour leur donner une équivalence de diplôme.

2. Il n'y a et ne peut y avoir de demi-mesure, à mon avis ; si le législateur peut autoriser les jeunes apprentis mécaniciens d'Alsace et de Lorraine à s'installer un jour comme dentistes, le bénéfice du fait acquis n'existe plus, c'est un fait nouveau qui doit avoir sa valeur sur tout le territoire ; le fait acquis existe pour les dentistes installés et à condition de ne pas admettre de nouvelles installations de non diplômés ; ce fait acquis pourra alors seulement être considéré comme acquis seulement pour l'Alsace et la Lorraine.

Art. 4. — Tous importateurs, producteurs, fabricants, détenteurs pour la vente ou la distribution à titre onéreux ou gratuit ou vendeurs des substances précitées doivent, dans les dix jours qui suivent la publication du présent arrêté, *consigner, dans un registre à ce destiné et dont les pages sont préalablement numérotées, les quantités qu'ils possèdent de chacune de ces substances.*

Ils inscrivent journellement dans le même registre les quantités qu'ils acquièrent, produisent ou fabriquent, celles qu'ils débitent et celles qu'ils utilisent pour des préparations ou des fabrications.

Toutefois, *le pharmacien est autorisé,* pour la vente sur ordonnances, à n'inscrire que *chaque mois, sur le registre spécial, le relevé totalisé des dites substances* qui figurent, pour ledit mois, au *livre d'ordonnances.*

Ce registre, ainsi que les factures, demandes écrites et autres pièces justificatives, doivent être tenus à la disposition des autorités judiciaires et des inspecteurs des pharmacies chargés de veiller à l'application du présent arrêté.

Art. 5. — Les pharmaciens, médecins, médecins-vétérinaires et toute autre personne détenant pareilles substances en vue de leur vente, de leur délivrance ou de leur administration, sont tenus à l'observation des prescriptions édictées à l'article 4.

Le *pharmacien ne pourra délivrer, pour l'usage médical,* lesdites substances ni les préparations contenant *plus de 2 p. 100 d'opium,* 0,2 *p.* 100 *de morphine et ses sels,* 0,1 *p.* 100 *de cocaïne et de ses sels,* 0,1 *p.* 100 *de diacétylmorphine et de ses sels que sur la prescription écrite,* datée et signée *d'un médecin, d'un médecin vétérinaire ou d'un dentiste* ; cette prescription ne pourra être renouvelée que si le praticien l'a inscrit sur son ordonnance en mentionnant le nombre de renouvellements autorisés, et le pharmacien sera tenu d'inscrire chaque renouvellement sur la prescription et sur la copie de celle-ci, ainsi que dans son livre d'ordonnances.

Toutefois, il est autorisé à délivrer au détenteur des boîtes de secours tenues dans les écoles, chantiers, ateliers, etc., sur sa demande écrite, datée et signée, mais sans prescription médicale.

Les médecins et les médecins-vétérinaires tenant un dépôt de médicaments seront tenus, pour chaque délivrance ou débit des dites substances, de formuler une ordonnance et d'inscrire celle-ci le jour même dans le registre ci-dessus prescrit, d'y mentionner le nom du malade pour lequel le médicament a été prescrit et, s'il s'agit d'animaux, le nom du propriétaire de ceux-ci.

Les médecins non autorisés à délivrer des médicaments à leurs malades et toute autre personne détenant lesdites substances en

vue de leur administration sont tenus d'inscrire journellement dans le registre prévu par l'article 4, les doses des dites substances qu'ils auront délivrées ou administrées, ainsi que le nom des malades auxquels elles auront été remises ou administrées.

. . . .

L'AIDE CONFRATERNELLE AUX DENTISTES FRANÇAIS ET BELGES VICTIMES DE LA GUERRE

Appel à la profession.

La guerre a fait dix-huit orphelins mineurs sans ressources actuellement connus dans notre profession.

Ces enfants devront-ils souffrir toute leur vie de cette perte sans recevoir aucun secours des professionnels qui d'une façon quelconque recueillent les fruits de la victoire ?

La profession dentaire a toujours fait preuve de solidarité.

Elle profitera de cette occasion toute particulière pour affirmer à nouveau cette solidarité.

Que faut-il pour cela ?

0 fr. 25 par jour pendant 5 ans pour les dentistes français, c'est-à-dire 100 francs par an pendant cinq ans.

Est-ce là une grosse dépense ?

Non ! certes, dans notre profession.

L'effort est nul et le service sera immense.

Nos orphelins SERONT ÉLEVÉS DIGNEMENT.

Seulement *pas d'abstentions*.

Souscrivez tous pour les orphelins de la guerre.

Dès maintenant le Comité de l'*Aide Confraternelle* vous en remercie.

Adressez vos souscriptions à M. Fontanel, trésorier, 1, rue Vercingétorix, Paris.

CONGRÈS DE STRASBOURG

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.) (SECTION D'ODONTOLOGIE)

(*Juillet* 1920).

Communication de M. Vichot, de Lyon, président de la Section, à la Société d'Odontologie de Paris, 10 janvier 1920.

Au mois de juillet 1914, lors de la dernière session du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, vous m'avez fait le grand honneur de me nommer Président de la section d'Odontologie. Je ne me doutais guère à ce moment-là que pendant 6 ans mes fonctions seraient suspendues ; et qu'au lieu de vous réunir à Montpellier, dans notre beau Midi, ce serait à Strasbourg que j'aurais la lourde tâche de diriger les travaux de notre section.

Je vous avoue que si j'avais déjà eu quelques hésitations à accepter l'honneur que vous me faisiez en me demandant de présider à Montpellier, j'ai été un peu effrayé devant les nombreuses difficultés qui m'attendaient à Strasbourg. Il me semblait que cette fonction aurait été mieux remplie par quelqu'un de plus qualifié que moi. Je crois, en effet, que nous devons faire tous nos efforts pour la réussite de ce congrès ; et, si j'ai accepté la fonction de Président, c'est que je savais pouvoir compter sur votre collaboration, sur votre appui, et sur votre dévouement à tous. Il s'agit, cette année-ci, non seulement d'une question scientifique, mais aussi d'une question patriotique ; nous devons travailler en commun, continuer l'union nécessaire et montrer que nous pouvons efficacement lutter contre la « Kultur » allemande.

Je me suis rendu à Strasbourg cet été et là, j'ai reçu de nos confrères alsaciens-lorrains un accueil qui m'a montré combien ils sont attachés à la France. J'ai vu que tous étaient décidés à m'aider de tout leur pouvoir, et ils ont su me faire délicatement comprendre quelle joie ils auraient à recevoir leurs confrères français et à leur faire les honneurs de leur beau pays.

Je suis revenu de Strasbourg plus rassuré sur l'issue de l'entreprise que vous m'avez confiée, et afin d'être absolument certain du succès, je viens maintenant vous demander votre aide, per-

suadé que vous ne me refuserez pas la collaboration dont j'ai tant besoin.

Il est inutile de vous dire quel intérêt présente, au point de vue historique, une visite à Strasbourg et dans ses environs. Vous savez tous avec quels soins l'A. F. A. S. organise ses congrès, et cette année l'intérêt scientifique sera doublé de l'émotion d'un pèlerinage dans ces régions malheureusement trop célèbres pendant ces cinq dernières années. Je n'insiste donc pas.

D'ailleurs, ce que je vous demande, c'est, non seulement que vous assistiez au Congrès, mais aussi que vous aidiez à son succès en y faisant soit des communications, soit des démonstrations de pratique journalière.

Avant la guerre, et surtout dans les dernières années qui ont précédé 1914 — alors que de simple 20e sous-section nous étions devenus 14e section — notre profession a manifesté sa vitalité aux congrès de l'A. F. A. S. avec une vigueur de plus en plus grande. Nous nous efforcions d'apporter tout ce qui, dans le courant de l'année, nous semblait devoir intéresser nos confrères et nous cherchions, dans la mesure du possible, à faire bénéficier chacun des petites expériences personnelles.

L'A. F. A. S. est restée six ans en sommeil, et les réunions professionnelles peu nombreuses. Le seul congrès important a été, en novembre 1916, le congrès dentaire interallié, et les résultats obtenus font bien augurer de l'œuvre entreprise à Strasbourg. Toutefois, si les événements nous ont empêchés de nous réunir, ils nous ont permis de travailler et de travailler beaucoup plus, et pour la plupart d'entre nous de façon plus féconde que nous n'en avions jamais eu l'occasion.

Tous, vous avez participé à l'œuvre commune, soit comme civils, soit comme militaires, soit à l'avant, soit à l'arrière, et je sais, pour vous avoir vus à l'œuvre, que vous avez contribué pour beaucoup à la guérison et au soulagement d'un grand nombre de nos soldats.

Ceux qui ont eu la tâche, bien ingrate d'ailleurs, de s'occuper des cabinets de garnison, ont pu faire, par la multiplicité des cas qui leur ont été soumis, des observations intéressantes dont tous les membres de la section pourront utilement faire leur profit.

Puis il est une question que quelques-uns d'entre vous avaient déjà particulièrement étudiée, mais sur laquelle — quoiqu'à Paris vous fussiez mieux partagés qu'en province — les observations faisaient défaut : c'est la restauration et la prothèse maxillo-faciales.

Malheureusement pour les pauvres mutilés qui ont souffert, nous avons vu depuis cinq ans toutes les variétés de blessures de

la face et des maxillaires. Et si, au début, nous avons traité nos blessés un peu par tâtonnement, nous sommes arrivés à utiliser une foule de procédés plus ingénieux les uns que les autres et dont le plus grand nombre a été trouvé par quelques-uns de nos confrères présents ce soir à cette réunion. C'est donc pour cela que, si j'ai demandé à tous les dentistes de France leur adhésion et leur concours, je voulais vous faire un appel plus direct.

Je tenais plus particulièrement à votre aide et à votre participation à vous, messieurs, qui avez vu un nombre plus considérable de blessés et qui, plus heureux que nos confrères de centres peu importants, avez expérimenté plus facilement qu'eux les procédés les plus nouveaux et avez été à même d'en découvrir d'autres.

Je suis donc à peu près sûr que mon espoir ne sera pas déçu, et si je n'avais su ma cause gagnée d'avance, je ne vous aurais pas adressé ce court appel... J'espère que, dès ce soir, vous me donnerez, avec de nombreuses adhésions, les titres des communications que vous voudrez bien nous faire.

Je vais demain, à Strasbourg, organiser le comité local de la section. Je pourrai dire, je crois, aux dentistes alsaciens-lorrains qui répondront à mon appel, que nos confrères parisiens viendront nombreux leur montrer leur sympathie. Ils prouveront, ainsi que je l'ai déjà dit, que, si notre belle et généreuse France a été sublime pendant la guerre, elle sait aussi être à la tête de la civilisation dans les travaux scientifiques de la paix : l'avancement des sciences pour le bien de l'humanité.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel pour la classification décimale des écrits et documents relatifs à la Stomatologie et à l'Odontologie.

Notre confrère M. Emile Huet, de Bruxelles, secrétaire de la Commission de bibliographie et de documentation de la F. D. I., est l'auteur de ce manuel. Cet ouvrage, de 300 pages, publié à Bruxelles, est destiné à mettre à la disposition des grands organismes de documentation dentaire un moyen pratique de classer systématiquement les documents en leur possession, à faciliter l'organisation de la coopération scientifique dentaire internationale, enfin à aider les chirurgiens-dentistes à mettre de l'ordre dans leurs documents et à faciliter leurs recherches.

La classification imaginée par Dewey, bibliothécaire de l'Université de Columbia (New-York), en 1873, d'abord adoptée en Amérique, le fut ensuite par l'Institut international de bibliographie et de documentation de Bruxelles, auquel M. Huet est attaché.

Le procédé fut également adopté, par la F. D. I., à la session de Berlin (1909) et M. Huet l'a appliqué à l'odontologie et à la stomatologie.

Une analyse, forcément sommaire, ne peut donner qu'une idée imparfaite d'un travail de ce genre, qui est considérable et exige une patience et un soin particuliers, ainsi que la connaissance approfondie de la spécialité à laquelle il s'applique et des sciences connexes.

Il y a lieu de féliciter M. Huet de cette œuvre conçue et exécutée avec un soin tout particulier.

Livres reçus.

Nous avons reçu :

1° Le programme d'enseignement de l'Ecole de chirurgie dentaire de Montréal (Université Laval), Canada, pour 1919-1920 ;

2° Les comptes rendus de la 26e réunion annuelle de l'Institut américain de professeurs d'odontologie, tenu à Atlanta (Géorgie) du 28 au 30 janvier 1919 ;

3° De M. Juan Ubaldo Carrea, de Buenos-Ayres, *La Mandibula en funcion antropometrica* (La mâchoire dans ses rapports anthropométriques), brochure de 16 pages ;

4° De M. Foveau de Courmelles l'*Identité individuelle par les os et les dents*, opuscule de 7 pages.

---

f

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Environ quinze jours plus tard, nous remontons en ligne. Le poste de commandement et le poste de secours s'établissent dans le château de *Vandières*.

Nous logeons dans une cave solide, à l'entrée de laquelle au moment de la bataille, on avait enterré un soldat français, et sa tombe sur laquelle flotte le drapeau tricolore semble nous rappeler qu'en sortant de l'abri nous rentrons dans l'empire de la mort. Cependant le bombardement n'est pas intense ; le front s'est stabilisé, le secteur est calme.

Un jour, pendant que nous jouions tranquillement aux cartes dans la maison où était notre popote (il faut bien passer le temps !), un obus éclata devant la chambre où nous étions. Nous nous vîmes brusquement enveloppés d'un nuage de poussière et de fumée et la partie fut vite interrompue. Il était d'ailleurs rare de revenir de la popote sans avoir été bombardés.

De temps en temps, un poilu venait se faire arracher une dent et l'opération se faisait presque toujours dans la cave.

***

Les premiers jours de juillet, nous sommes relevés soi-disant, pour aller au repos. Nous allons d'abord à *Villers-sur-Châtillon*, où nous passons une nuit et le lendemain nous partons pour une longue étape à pied.

Nous voici à *Port-à-Binson* sur le pont de la Marne qu'on avait dit détruit ; nous sommes enfin de l'autre côté de cette rivière à laquelle j'ai pensé tant de fois avec terreur. J'ai l'impression de renaître à la vie et l'émotion que j'éprouve égale celle que j'avais ressentie en janvier 1915, lorsque, évacué pour une blessure, j'arrivais des tranchées, dans une ville habitée.

Il fait nuit et nous marchons à travers l'immense *Forêt d'En-*

ghien. La côte est dure. Personne ne songe cependant à se plaindre. Au contraire, tout le monde est de bonne humeur, puisque nous sortons indemnes de la fournaise et que nous allons au repos. A chaque halte on se débarrasse de son *barda*, on se couche ou on s'asseoit par terre, n'importe où, et, dix minutes après, on repart. Vers le matin, nous faisons une grande halte à la sortie de la forêt.

Un poilu, qui souffre d'une arthrite aiguë, vient me trouver et me prie de lui arracher la dent malade. Je le fais asseoir par terre contre un arbre, je me mets à genoux devant lui et dans cette position plus grotesque que pratique je le débarrasse de sa dent.

Nous repartons à la tombée de la nuit et à travers *Ablois-St-Martin*, nous arrivons à *Grauves* au sud d'Epernay.

L'infirmerie régimentaire est établie dans une baraque Adrian, en dehors du village. A l'intérieur de cette baraque il n'y a rien, pas même de plancher. Mais le colonel nous donne des pionniers et les matériaux nécessaires pour faire les travaux. Dans le but de rendre indépendant le cabinet dentaire, on fait dans un angle de la baraque deux cloisons en papier goudronné. Les travaux nécessitent à peine 24 heures et lorsque tout est fini je vais chercher le médecin-chef pour lui faire admirer ma nouvelle installation. Mais à ce moment précis l'ordre arrive d'emballer et nous partons dans la soirée même, alors que nous croyions être au repos! Pour nous consoler, on nous dit que nous serons bien mieux dans notre prochain cantonnement, car ce sera dans une ville.

Quelques heures après, nous traversons *Epernay* dans l'obscurité complète et nous arrivons en pleine nuit à *Hautvillers*, de l'autre côté de la Marne.

On nous avait promis un bon repos! Or la ville, qui est déjà occupée par le 2e Corps italien, est à tel point encombrée de troupes qu'on ne sait pas où nous cantonner et nous attendons sur la route plus de deux heures, fatigués et découragés, avant qu'on nous indique vaguement un endroit pour coucher. Enfin on nous ouvre une porte et je termine cette nuit pénible, dans une écurie, couché sur un brancard.

Le lendemain on nous annonce que nous allons quitter Hautvillers et cette fois personne ne regrette plus de s'en aller, car vraiment nous sommes trop mal ici. Nous repartons et peu à peu, alors que nous croyons toujours aller au repos, nous nous rapprochons des lignes au sud-ouest de *Reims*. Sur notre route nous rencontrons de l'artillerie en masse et des tanks, qui sont là, prêts à toute éventualité.

Nous voici à *Pourcy* où nous apprenons que nous sommes en réserve de la première ligne occupée par les Italiens. Le village est calme. On n'entend pas un seul coup de canon ennemi et l'on se promène librement, sans prendre aucune précaution.

Dans le cimetière on voit une tombe de dentiste militaire.

Tous les soirs nos batteries, très nombreuses, bombardent l'ennemi par rafales intenses, mais le Boche ne répond jamais; on dirait qu'il a disparu. Cela semble tout à fait anormal et nous inquiète; nous sentons que quelque chose se prépare.

Dans la soirée du 13 juillet, alors que notre bombardement devient beaucoup plus violent que les jours précédents, toujours sans que l'ennemi réagisse, nous sommes alertés. L'adjudant brancardier est en permission et c'est moi qui le remplace. Vivement, je fais charger le matériel de l'infirmerie sur les brouettes porte-brancards et nous partons dans la direction de la *Forêt de la Montagne de Reims*. Malheureusement je ne connais pas le chemin et nous n'avons qu'un seul guide, qui marche en tête de la colonne, alors que je reste en queue.

L'obscurité est complète et on ne se voit pas à dix centimètres.

Au départ tout marche bien et, moins d'une heure après que l'alerte a été donnée, nous filons rapidement sur la route. Malheureusement, à un moment donné, la dernière brouette s'embrouille dans un fil de fer, et avant qu'on puisse l'en sortir, nous nous apercevons avec inquiétude que la colonne est coupée. Devant nous il n'y a plus personne ; ceux qui nous précédaient ne se sont pas aperçus de l'accident et ont filé sans se préoccuper de nous.

Nous nous mettons à crier, à appeler dans toutes les directions, mais personne ne nous entend; le bruit de la canonnade est trop intense. Nous cherchons dans tous les sens avec l'espoir de découvrir un sentier portant la trace du passage de nos camarades, mais nous ne trouvons rien. Pendant ce temps, nos canons tonnent sans cesse et nous sommes ici, presque sous leurs gueules. Si l'ennemi répondait nous serions en plein dans l'axe du tir. Presque désespérés, nous ne savons plus quelle résolution prendre, lorsque deux silhouettes de poilus passent tout près de nous. Ce sont deux pionniers qui heureusement connaissent le chemin et ils nous accompagnent jusqu'au poste de commandement. La canonnade s'arrête et nous finissons la nuit, au milieu de la forêt. Le lendemain nous retournons à *Pourcy*. L'alerte a été une fausse alerte. C'est le 14 *juillet* 1918.

Personne, parmi nous, ne s'attend à la grande offensive allemande qui doit se déclancher ce soir et qui sera d'autant plus formidable qu'elle représentera le dernier soubresaut de l'ennemi, avant que sa débâcle commence.

Fraternisant avec les camarades italiens, qui tiennent le secteur avec nous, nous fêtons le 14 juillet et les musiques italienne et française donnent des concerts.

Le soir vient. Il est à peine neuf heures, lorsque l'artillerie française se met à tonner avec une violence sans précédent. Toute la maison où nous sommes en tremble.

Couchés sur des brancards, nous essayons de dormir pour nous reposer des émotions de la nuit précédente, mais le bruit nous en empêche. Nous sommes d'ailleurs inquiets. Ce bombardement violent déclanché par notre artillerie, alors que l'ennemi s'obstine dans un silence complet, nous semble bien anormal et nous sentons qu'il va se passer quelque chose de grave.

Nos prévisions ne tardent pas à être réalisées ; à minuit précis, alors que surpris par la fatigue, nous commençons à nous assoupir, une avalanche de feu et de mitraille nous réveille en sursaut. Cette fois, il n'y a plus de doute, l'ennemi vient de déclancher une grande attaque.

En un clin d'œil et avant même d'avoir reçu des ordres, nous sommes tous debout, équipés et prêts à partir.

Le bombardement est infernal. Les obus tombent de partout, en avant, en arrière, à droite, à gauche, et leur sifflement effrayant est mêlé au bruit des explosions, des départs et au crépitement des éclats qui tombent sur les tuiles. Le ciel est embrasé et on ne voit partout que du feu et des flammes, tandis que les gaz qui arrivent en quantité, commencent déjà à nous tourmenter, nous donnant la sensation d'être dans un véritable enfer.

Essayer de décrire les émotions de ces moments terribles, ce serait tenter l'impossible et seuls ceux qui ont vécu ces minutes affreuses, peuvent savoir ce que c'est. On se sent anéanti, écrasé par l'immensité du cataclysme et on n'attend plus que le moment où la mort, qui nous frôle, voudra bien nous sortir du cauchemar, car on a peine à croire qu'on en sortira autrement.

Cependant les ordres de partir n'arrivent pas et dès que les brouettes sont chargées, nous nous mettons à l'abri dans la cave dont nous bouchons l'entrée, avec une couverture, pour filtrer un peu la nappe de gaz. Malgré cela et malgré les masques, la respiration est difficile et de temps en temps nous sommes obligés de sortir et d'enlever nos masques pour essayer de respirer plus librement. Mais, dehors, l'atmosphère est encore moins supportable et nous rentrons dans la cave avec nos masques sur la figure.

Des blessés commencent à arriver tandis que le bombardement continue avec intensité autant d'un côté que de l'autre.

A l'aube, l'ordre nous arrive de partir.

La première ligne a été enfoncée et c'est le 86e qui reçoit maintenant le choc.

Nous devons nous installer à côté du poste de commandement, dans la forêt, en avant de Pourcy.

Je dois conduire le détachement, mais l'itinéraire n'est plus celui de la veille, qui serait trop dangereux, et un gradé reste avec moi pour m'indiquer le chemin. Arrivés à l'entrée de la forêt, nous sommes obligés de nous arrêter, parce qu'il y a des retardataires. Mais, des avions boches nous survolent à une très faible altitude, rasant presque les arbres et un officier qui passe nous conseille de ne pas rester en dehors de la forêt. Nous nous dissimulons donc sous les arbres, en attendant nos camarades qui ne tardent pas à nous rejoindre. Mais, au moment de repartir, nous nous apercevons que le guide n'est plus là. Or personne, parmi nous, ne connaît le chemin!

Le sentier, que ceux qui nous précédaient ont pris, monte à pic dans la forêt et il est recouvert d'une boue épaisse. Inutile donc de tenter de l'aborder avec les brouettes, que nous déchargeons. Les paniers à médicaments, les sacs à pansements, les gouttières et les brancards sont entassés sur deux brancards ouverts, que les hommes qui m'accompagnent chargent sur leurs épaules. La côte est dure, le bombardement continue, et nous marchons sans savoir au juste où nous allons.

Mais nous voici arrivés à un carrefour. Nous nous arrêtons, car si nous avancions nous pourrions fort bien arriver dans les lignes ennemies.

Si nous n'avions pas de matériel nous partirions à tout hasard dans la direction qui semble la meilleure. Mais les hommes sont fatigués et étant donné leur chargement et les difficultés du terrain je ne peux pas leur faire parcourir du chemin inutile.

Deux d'entre nous qui partent en reconnaissance ne reviennent pas et nous sommes bloqués ici, dans ce carrefour dangereux, où les obus tombent plus nombreux qu'ailleurs et où ils ont déjà fait des victimes, puisque des cadavres gisent près de nous.

(*A suivre.*)

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Nous venons d'apprendre aujourd'hui seulement la mort au champ d'honneur, de notre confrère M. Parlaghy, infirmier à la 6e compagnie du 1er régiment étranger, tombé le 2 août 1918, frappé d'une balle au cœur dans un engagement avec les dissidents marocains, sur les bords de l'Oued-Bernat.

Il a été proposé dans les termes suivants, pour une citation à l'ordre de l'armée :

« Excellent légionnaire, très brave, remplissant les fonctions d'infirmiers, s'est porté en première ligne sur un terrain battu par les balles et a été mortellement blessé au moment du repli de sa section. »

Nous adressons nos sincères condoléances à son père, notre confrère également, qui habite Cannes, ainsi qu'à sa famille.

NÉCROLOGIE

M. Cousin, ancien professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa mère.



Notre collègue, M. Devauchelle, a eu également la douleur de perdre sa mère le 13 février.



Notre collègue, M. Dupontreué, membre du conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris, a eu le chagrin, de perdre son jeune enfant.

Nous adressons à tous nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le très grand plaisir d'annoncer à nos lecteurs, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre collègue et ami M. Antoine Blatter, comme *directeur-adjoint de l'Ecole dentaire de Paris* (20 ans de services), suivant les termes mêmes du décret du 1er mars 1920 rendu sur la proposition du ministre de la Marine.

Nous adressons au nouveau légionnaire, nos plus chaleureuses félicitations, non seulement en raison des divers postes qu'il occupe dans notre groupement : Président de la F. D. N., président de la Société d'Odontologie, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, mais aussi comme membre du Comité de rédaction de *L'Odontologie*.

La distinction qui vient d'être conférée à notre ami Blatter, rejaillit sur la profession tout entière et met en relief les services qu'il lui a rendus durant 20 ans, et particulièrement pendant la guerre. Chacun connaît la part active qu'il a prise à l'organisation du corps des dentistes militaires, surtout des dentistes de la Marine, ainsi qu'à l'élaboration des loi et décrets qui constituent le statut militaire du chirurgien-dentiste.

Tous les confrères qui connaissent l'activité et le dévouement avec lesquels M. Blatter s'est occupé des intérêts généraux de la profession, au détriment de ses intérêts personnels, applaudiront à cette nomination, comme tous ses élèves et anciens élèves l'ont déjà fait.

La remise de la croix a eu lieu à l'Ecole dentaire de Paris le jeudi 25 mars à 10 heures 1/2 du matin par M. l'amiral Lacaze, assisté de M. Justin Godart, au milieu d'une grande affluence de confrères et d'élèves.

Le lendemain, cette nomination a été fêtée dans un banquet au Palais d'Orsay, où une nombreuse assistance a tenu à venir témoigner sa sympathie au nouveau légionnaire.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

Conformément à la décision de l'assemblée générale du 9 décembre 1919 et comme suite à l'assemblée générale extraordinaire du 27 janvier, une Commission est chargée d'étudier les questions

de programme et d'enseignement dentaire, ainsi que l'organisation et le fonctionnement de l'Ecole en vue des réformes à y introduire.

Cette Commission, qui comprend le Conseil d'administration de la Société, le corps enseignant et les anciens membres du corps enseignant de l'Ecole, s'est réunie le lundi 8 mars, à 8 h. 1/2 du soir, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, avec l'ordre du jour suivant :

1° Constitution du bureau ; 2° programme de travail ; 3° nomination de sous-commissions ; 4° propositions diverses.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 2 mars 1920, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Paul Aimé. — La radiographie dans le diagnostic et le traitement des lésions périapicales (présentation de clichés).

2° M. Henri Villain. — Utilisation des couronnes-crochets en prothèse (Appareils et bridges amovibles).

3° M. Housset. — Appareil d'urgence pour fractures du maxillaire.

4° Incidents de la pratique journalière.

5° Questions diverses.

Récompenses à accorder, au nom de l'A. G. S. D. F., aux collaborateurs des dentistes.

L'A G. S D. F. a décidé les 17 et 18 janvier dernier (Conseil d'administration et assemblée générale) de reprendre les attributions de médailles aux opérateurs et mécaniciens français de Paris, de la province, des colonies et pays de protectorat, faisant ou non partie de l'Association et comptant au moins 15 ans de service *dans la même maison* (apprentissage et service militaire compris).

Pour être candidats, les intéressés doivent justifier de 15 ans de services pour la médaille de bronze, 20 pour la médaille d'argent, 25 pour la médaille d'or.

Les demandes sont adressées avant le 1er décembre au président de l'Association par les intéressés ou leur patron, accompagnées d'un certificat de celui-ci, dûment légalisé, d'un extrait du casier judiciaire et d'un certificat de bonne vie et mœurs (création de l'assemblée générale du 19 janvier 1913; règlement publié dans *L'Odontologie* du 28 février 1914).

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

Dans ses assemblées générales des 25 janvier et 22 février 1920, le Syndicat a procédé au renouvellement de son Conseil d'administration.

Ce dernier, dans sa séance du 27 février, a constitué son bureau ainsi :

Président : M. Bonnard ; *Vice-présidents :* MM. Sadrin, Rouland ; *Secrétaire général :* M. Bruel ; *Secrétaire des séances :* M. Cassette ; *Trésorier :* M. Fresnel ; *Archiviste :* M. Feuvrier.

Nouveau journal

Nous avons reçu le premier numéro de « *Les Nouvelles dentaises d'Alsace et de Lorraine* » paraissant les 1er et 15 de chaque mois à Haguenau.

Nous souhaitons bonne chance à notre nouveau confrère.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de M. Louis Poulet, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Léonie Espias, célébré à Paris, le 10 février 1920, et celui de M. Henri Poulet, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Reine Sabattier, célébré à Paris, le 9 février.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux jeunes époux.

Office Economique de Toulouse.

Nous revenons aujourd'hui sur cette création dont nous avons parlé dans notre numéro du 30 juillet dernier.

L'Office Economique de Toulouse répond à *toutes* les questions qui lui sont posées.

Le secret de cette universalité réside dans l'importance de la documentation recueillie et dans la précision de la méthode avec laquelle cette documentation est mise en œuvre. L'Office ne se contente pas en effet d'acquérir tous les ouvrages pratiques qui paraissent, tous les annuaires spéciaux aux diverses professions et aux divers pays ; il reçoit plus de 600 périodiques, parmi les-

quels *L'Odontologie*, où quotidiennement sont relevés et répertoriés tous les articles apportant une information utile.

L'Office toulousain renseigne par écrit, avec célérité, tous ceux qui lui envoient, avec leurs questions, la somme de deux francs pour frais de copie et de correspondance. Il fournit huit à dix mille renseignements par mois.

L'Office Economique de Toulouse, 1, rue Lakanal, serait heureux de recevoir les catalogues, prix courants, prospectus, etc., de toutes les grandes maisons françaises (industries et commerces de toutes sortes) en vue de recommander gratuitement leurs produits à tous ses visiteurs et correspondants.

40e ANNÉE. N° 4. 30 AVRIL 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L' « OCCLUSAL », APPAREIL POUR DÉTERMINER ET SITUER LE PLAN D'OCCLUSION

Par L. RUPPE.

(Communication à la Société d'Odontologie, 2 décembre 1919).

J'ai l'honneur de vous présenter ce soir un appareil avec lequel je crois possible de déterminer le plan d'occlusion dans les cas de prothèse d'édentés et aussi de trouver les rapports du plan d'occlusion avec le plan de Camper pour diagnostiquer en orthodontie, les cas que nous devons traiter dans le sens vertical.

L'ébauche de cet appareil, que je construisis, a été présentée à cette société le 5 mai 1914 ; depuis cette date l'appareil fut exécuté, grâce au concours dévoué de M. Platschick, et il est en vente dans la succursale de Paris de la maison Ash Sons et Cº.

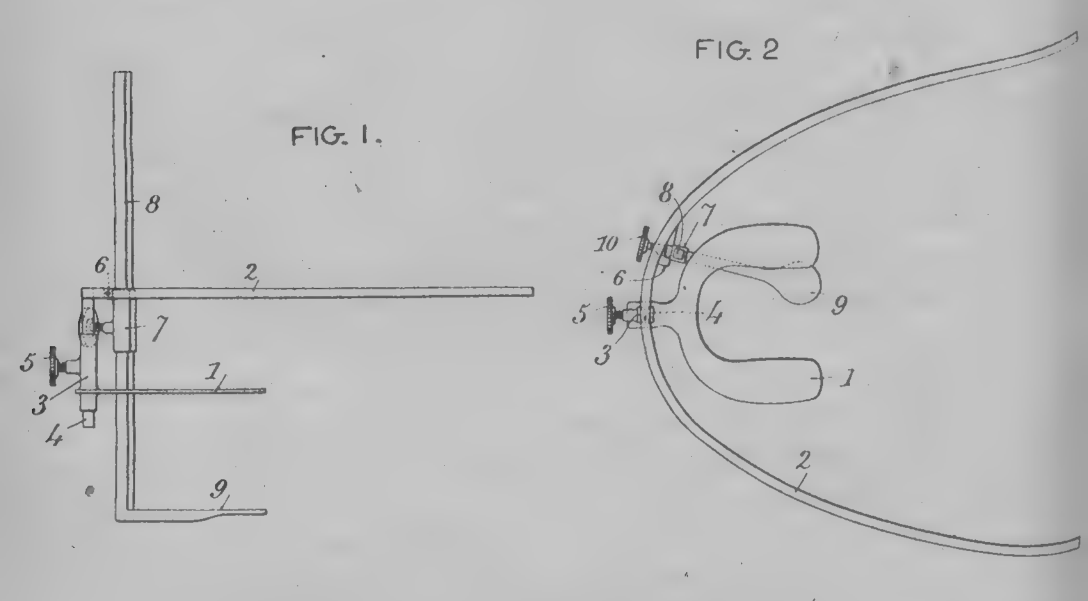
Une des phases essentielles de l'établissement d'un dentier complet consiste dans la prise de l'occlusion, c'est-à-dire dans la détermination du rapport des mâchoires entre elles à l'état de repos. Pour cette détermination, il convient de prendre en considération (dans les cas d'édentés) : 1º le plan dans lequel les dents artificielles se rencontreront ; 2º la hauteur à donner aux dentiers.

Le plan de mastication ou d'occlusion est facile à déterminer, grâce à son parallélisme avec le plan de Camper [1].

1. Du plan de Camper et de ses rapports avec le plan de mastication. Communication à la Société d'Odontologie, 25 mai 1914, publiée dans le numéro du 15 juillet 1914.

Quant à la hauteur à donner aux dentiers, on peut la trouver en se servant, soit de l'indice facial total, rapport de la longueur bizygomatique à la ligne ophryo-mentonnière, soit des proportions hexamétriques de Charles Rochet, ou encore de la hauteur des anciens appareils.

L' « occlusal » est destiné à faciliter la détermination et les mesures ci-dessus, il permet donc d'éviter dans le montage des dentiers une mauvaise direction du plan d'occlusion et une hauteur défectueuse qui entraverait l'effort des muscles masticateurs et altérerait l'harmonie du visage.



Cet appareil comporte, d'une part, une plaque buccale destinée à être serrée entre les dents ou les cires en bouche, un arc extérieur à la face destiné à être placé suivant le plan de Camper, et des moyens pour maintenir ces deux pièces parallèles l'une à l'autre, régler et mesurer la distance qui les sépare.

En outre, l'appareil comporte une tige graduée permettant de mesurer la distance ophryo-mentonnière, cette tige étant préférablement reliée à l'arc de manière à pouvoir être élevée et abaissée.

Cet appareil est représenté par les fig. 1 et 2 ; la fig. 1 est une élévation de côté, la fig. 2 est un plan.

1 désigne la plaque buccale qui a préférablement une forme en fer à cheval, correspondant approximativement à celle des arcades dentaires.

2 est l'arc destiné à être placé suivant le plan de Camper, son milieu se plaçant sur l'épine nasale inférieure et ses extrémités en face des centres des trous auditifs externes.

Ces deux pièces sont réunies au moyen d'une douille 3 fixée au milieu de la plaque I et d'une tige 4 fixée au milieu de l'arc 2, suivant une direction perpendiculaire aux plans de ces pièces qui sont parallèles l'une à l'autre. La douille peut glisser sur la tige 4, qui est graduée, et y être fixée en toute position voulue au moyen d'une vis de pression 5. Les distances entre le plan supérieur de l'arc 2 et le plan supérieur de la plaque I sont lues en regard du bord supérieur de la douille 3, la graduation de la tige partant du haut de celle-ci et tenant compte de la hauteur de la douille.

Sur l'arc 2 est articulée, au moyen d'une charnière horizontale 6, une douille 7 dans laquelle une tige 8 peut glisser. Cette tige est graduée en centimètres et millimètres à partir de son extrémité inférieure, qui porte une branche 9 dirigée d'équerre et destinée à s'appuyer sous le menton. Une vis 10 permet d'arrêter la tige 8 à toute hauteur voulue dans la douille 7.

Pour se servir de cet appareil dans le but de déterminer le plan d'occlusion pour la prothèse d'édentés, il faut trouver en premier lieu la hauteur à donner aux dentiers et la mesurer à l'aide de la tige 8 qui est graduée en millimètres et centimètres à partir de la plaque qui doit prendre point d'appui sous le menton.

Je suppose que l'on veuille reproduire la hauteur d'anciens appareils : on les fait mettre en bouche par le patient, on lui demande de serrer les dents et avec la tige graduée 8 on mesure la distance du menton à une ligne tracée au crayon un peu au-dessus du milieu du sourcil droit.

En possession de la mesure en millimètres de cette distance, on peut rechercher la direction du plan d'occlusion. Etant donné le parallélisme de l'arc 2 et de la plaque buccale I, il sera facile, en faisant fermer sur la plaque les mâchoires portant les cires, de retoucher les bords libres des cires de telle façon que l'arc 2 passe par l'épine nasale inférieure et le centre des trous auditifs externes, tout en veillant à ce que les cires serrées sur la plaque permettent de retrouver exactement la distance ophryo-mentonnière mesurée antérieurement. Quand ces conditions seront satisfaites, le plan d'occlusion et la hauteur à donner aux dentiers seront trouvés et transcrits sur les cires d'articulation. On peut tracer le plan de Camper sur le modèle supérieur quand il est articulé en plâtre.

Pour pouvoir mieux apprécier les rapports du plan de Camper avec le plan de mastication en orthodontie, j'ai pensé que le plus simple était de tracer sur le modèle supérieur la direction du plan de Camper ; ceci peut être fait couramment pour les modèles de prothèse, la ligne ainsi tracée, étant constamment sous les yeux du mécanicien, le guidera pour ajuster ou placer les dents et lui évitera de leur donner involontairement un emplacement défectueux dans le sens vertical.

Pour employer l' « occlusal » dans le but de transcrire le plan de Camper sur les modèles, procéder comme suit :

Enduire la partie supérieure de la plaque fer à cheval 1 d'une couche mince de godiva ramolli, glisser le tube carré 3 de cette pièce dans la tige 4 de l'arc facial. Mettre la plaque buccale en bouche et l'appuyer sur les faces triturantes des dents de façon à donner à l'arc facial la direction du plan de Camper ; ceci étant obtenu, serrer la vis 5 qui fixe l'arc 2 à la plaque I. Retirer de la bouche, laisser refroidir, placer les faces triturantes du modèle en plâtre dans l'empreinte de la plaque buccale, tracer le plan de Camper sur le modèle au moyen d'une plaque de métal reposant sur la partie supérieure de l'arc facial, cette

plaque étant échancrée pour emboîter à peu près le talon du modèle supérieur.

Je crois intéressant de connaître les rapports du plan de Camper avec le plan de mastication chez les jeunes sujets que nous traitons pour des malpositions dento-maxillaires du sens vertical. Je reste toujours convaincu de ce que je disais en 1914 « que le plan de mastication est toujours perpendiculaire à la direction de la résultante des composantes des forces développées par les muscles masticateurs, que les exceptions proviennent de faiblesse partielle dans la réaction (défaut de calcification du maxillaire supérieur), que le plan de mastication est modelé pendant la croissance par le principe de l'action et de la réaction, principe qui est à la base des travaux si importants du Docteur Godon sur l'action mécanique de la mâchoire, que la direction des forces qui font frapper le maxillaire inférieur comme un marteau sur une enclume représentée par le maxillaire supérieur, a la plus grande importance dans la formation du plan de mastication, que je considère toujours comme possible que ce soit dans la façon dont s'organise la réaction que nous devons trouver la cause des malpositions dento-maxillaires dans le sens vertical et qu'il est nécessaire de surveiller les enfants dès l'âge de 6 ans pour diriger la formation de leur plan de mastication ».

TECHNOLOGIE MÉTALLURGIQUE

La lime et son usage

Par M. Ch. BENNEJEANT (de Clermont-Ferrand).
Chirurgien-dentiste D. F. M. P., D. E. D. P.
Docteur en médecine, Licencié ès sciences.

La lime est un outil destiné à arracher les parcelles de la matière à limer (bois, ébonite, métaux et alliages, etc.), grâce aux aspérités de sa surface.

La lime est d'un usage fort ancien, puisqu'il existait des limes de fer à l'époque gallo-romaine. La lime courbe ou rifloir est de création plus récente (XVIIIe siècle).

Actuellement les alliages utilisés pour leur confection sont les aciers de 0.700 à 0.850 de carbone et les aciers au chrome. Ces aciers sont doués d'une grande dureté, qu'ils acquièrent par trempe ; recuits ils sont susceptibles de se travailler.

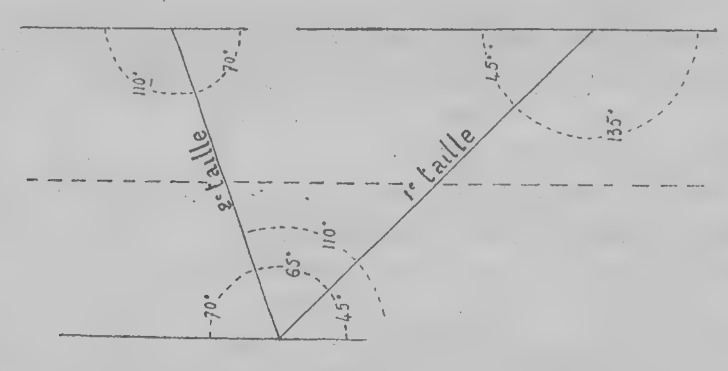


Fig. 1.

Suivant les matières premières que l'on travaille, on spécialise les outils à limer en trois catégories :

1° Les *râpes* qui servent au travail du bois ; leur surface présente de petites pointes relevées ;

2° Les *écouanes* utilisées en mégisserie ; leur taille est perpendiculaire à la longueur de l'outil ;

3° Les *limes* dont la taille est croisée ; ce sont celles qui nous intéressent.

Autrefois la taille des outils à limer se faisait manuellement à l'aide du ciseau et du marteau, mais depuis un siècle cette taille se fait à la machine.

La TAILLE CROISÉE est le résultat de deux séries d'entailles faites suivant un angle différent par rapport à l'axe longitudinal de la lime. La première taille se fait suivant un angle de 45°, la seconde suivant un angle de 110° (v. fig. 1). Le ciseau légèrement incliné pénètre dans le

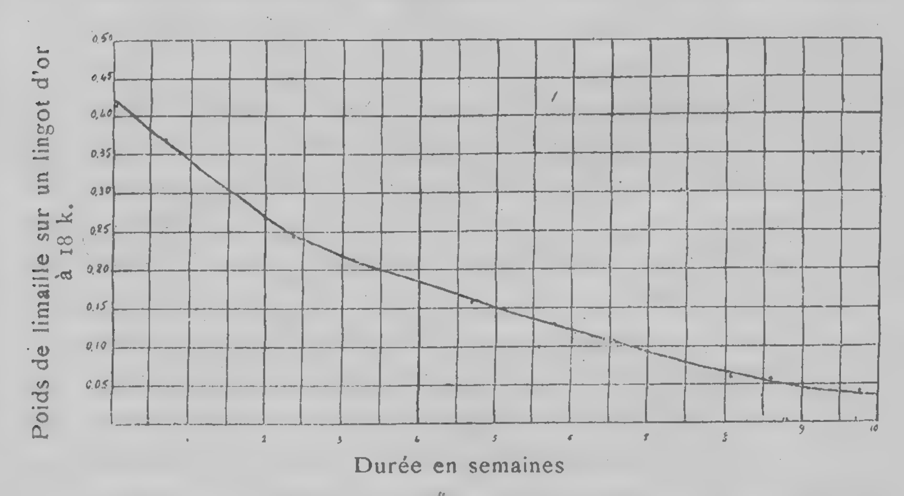


Fig. 2. — Courbe d'usure d'une lime douce (marque Talabot) demi-ronde. (Aciéries du Tarn).

métal de la lime en soulevant d'un côté une bavure à sommet aigu. Ce sommet trop aigu est enlevé à la meule, c'est l'ébavurage de la première taille. Puis le ciseau coupe obliquement la crête de la première bavure, de telle sorte que cette crête devienne festonnée et donne à chaque feston la forme d'une petite gouge.

Le métal de la lime, taillé après recuit, est ensuite trempé au bleu le plus souvent et, pour atténuer la dureté de cette trempe en vue de certains usages, revenu au jaune paille.

OUTILLAGE. — On donne diverses formes aux limes pour la commodité d'exécution du limage. Au laboratoire de prothèse, les formes suivantes sont utilisées :

Lime plate ; lime pointue : carrée, triangulaire (1/3 point), demi-ronde, feuille de sauge, ronde (queue de rat, aiguille).

La longueur va de l'épaulement à la pointe de la lime. Les limes dont nous nous servons n'excèdent pas 14 centimètres, sinon elles ne sont plus en main et leur rendement est inférieur. La longueur courante est de 10 à 12 centimètres. Suivant les dimensions des dents, on distingue diverses tailles : rude, bâtarde, demi-douce, douce et douces à polir.

Choix d'une lime : N'est-elle pas voilée ? Pour cela le prothésiste n'a qu'à juger par une visée de la rectitude de la lime ou bien encore par comparaison avec une règle d'acier.

N'a-t-elle pas de dents à pointes rebroussées ? C'est une malfaçon fréquente de la fabrication. Des dents se trouvent rebroussées à contre-sens de la coupe, en sorte qu'elles mordent au retour de course. L'examen après un coup de lime de la substance à limer indique la netteté de la morsure.

A-t-elle du mordant ? On l'apprécie par comparaison avec d'autres limes. Cela dépend de la manière dont s'est effectuée la taille, de la dureté du métal et de sa trempe. Si une lime a des dents molles pour le travail qu'elle exécute, en regardant la lime en bout on voit l'extrémité des dents émoussée et blanchie. Si la lime a des dents dures, il arrive que cette dureté entraîne avec elle de la fragilité et lorsqu'on examine la lime, après essai, la pointe vers l'œil, on voit des dents écaillées.

Pour un travail donné (limage de l'ébonite, limage de l'or, limage de l'aluminium, etc.), il est un choix à faire. N'importe quelle lime n'est pas convenable pour n'importe quel travail. Ce choix délicat peut se faire parmi les nombreuses marques commerciales sur le marché en tenant compte de l'angle suivant lequel le ciseau a attaqué la surface de la lime, du polissage préalable au jet de sable de la surface recevant la taille, de la dureté du métal et de sa couleur de trempe ou de revenu. Pour le limage de l'ébonite et de l'aluminium, le revenu au jaune paille est préférable. Pour le limage de l'or, la trempe au bleu rend la lime plus nerveuse.

Mais l'appréciation la plus rigoureuse que l'on puisse avoir sur une catégorie de limes est encore la façon dont elle se comporte à l'usage, si l'usure se fait irrégulièrement (dents écaillées) ou rapidement (dents molles). On peut l'apprécier par le poids de limaille obtenu par cent coups de lime. En portant en abscisses le temps et en ordonnées les poids successifs de limaille obtenus, on obtient une courbe d'usure dans le genre de celle de la figure 2. La différence de rendement peut varier de 50 o/o pour des limes neuves provenant de marques commerciales différentes. Entre les deux faces d'une même lime, on peut avoir des écarts de 5 à 10 o/o. A partir d'un certain poids de limailles, l'usure devient telle qu'il vaut mieux renoncer à l'usage d'une telle lime : l'effort demandé pour un même nombre de coups de limes va en augmentant, tandis que le rendement en limailles décroît. Pour l'ébonite, une lime bâtarde ayant donné 0 gr. 7 et donnant 0 gr. 25 est bonne pour la ferraille ou la retaille. Pour l'or, une lime douce donnant 0 gr. 05 est à laisser de côté. Un examen sommaire à la loupe d'horloger montre aisément cette usure ; celle-ci est en général irrégulièrement répartie et cela en raison des inégalités d'usage des différentes parties.

Choix d'un manche. — Le bois dur le plus convenable est le buis en raison de sa texture fibreuse. Deux formes usuelles : le manche droit cylindrique et le manche en poire. Pour le débutant, afin que la lime soit mieux en main, on peut confectionner un manche où chaque doigt de la main droite, sauf l'index, ait son empreinte nettement marquée.

L'axe du manche et l'axe de la lime ne doivent faire qu'un. Après un amorçage suffisant du trou, dans le manche, au fer rouge (une lime usagée), la lime tenue fortement dans la main gauche est introduite queue en l'air dans le manche. Le marteau dans la main droite frappant dans l'axe sur l'extrémité du manche fixe la lime de façon suffisante. Il ne faut jamais faire rougir l'extrémité qui doit rentrer dans le manche, le métal de la lime devant sa dureté en grande partie à la trempe qu'il a subie, la perd par

recuit. Il ne faut également pas appuyer la pointe de la lime pour emmancher, sinon cette pointe fragile casse infailliblement. Pour démancher, il n'y a qu'à frapper au marteau sur le rebord virolé du manche, parallèlement à l'axe. Un bon moyen pour vérifier la rectitude de l'axe longitudinal consiste en une rainure faite longitudinalement sur le manche, de façon à faciliter la visée de la pointe de la lime.

Le *décrassage* de la lime se fait à la brosse métallique dans le sens des tailles.

La *retaille* des limes ne se fait plus actuellement en raison de la modicité de leur prix d'achat. Il ne s'agissait pas, d'ailleurs, d'une nouvelle taille, mais d'une attaque du métal de la lime par l'eau-forte aux creux des tailles.

Dégraissage préalable de la lime neuve. — Pour la préserver de la rouille et la conserver sans crainte en magasin, on graisse souvent la lime au suif ou à l'huile. Il faut faire disparaître ces corps gras, sinon la lime *crasse*, c'est-à-dire que la limaille s'accumule au fond des tailles et réduit la morsure des dents. La lime emmanchée est dégraissée à l'essence ou immergée quelques instants en la tenant par le manche dans une solution bouillante de carbonate de soude, puis rincée à l'eau tiède. Le dégraissage terminé, il ne faut jamais toucher une lime autrement que par son manche ; les corps gras provenant du contact des doigts seulement suffiraient à la faire crasser, surtout s'il s'agit d'une lime à taille très fine.

TECHNIQUE. — *Le limage à la cheville* : La lime doit limer et non pas gratouiler, de même que la scie doit mordre et non pas grignoter. Le tabouret et la cheville étant à une hauteur proportionnée à celle du limeur assis, le corps bien d'aplomb et face à la cheville, la pièce à limer tenue directement par la main gauche ou par l'intermédiaire d'un petit étau à mains s'il est nécessaire, la main droite serrant la lime, l'index tendu et pesant sur la face supérieure de la lime, le pouce en opposition avec les trois autres doigts, les coudes au corps, le limeur appuie sur la

lime et la force à progresser sur la pièce en enlevant des copeaux de dimensions variables avec la taille de la lime, puis il la ramène en arrière sans appuyer pour ne pas égrener les dents. L'axe de la lime fait avec le bord de la pièce un angle de 45°, puis *il croise le trait* pour égaliser plus uniformément le champ d'action de la lime et reprend suivant l'oblique opposée toujours sous un angle de 45°.

De 50 à 60 coups de lime en moyenne par minute, un limeur peut aller jusqu'à 85 coups s'il fait de la vitesse, mais s'il appuie fortement, il ne dépasse pas 45 coups.

Il ne suffit pas de limer, il faut encore savoir limer droit et cet apprentissage est très long. Les premiers essais d'un débutant aboutissent inévitablement à la formation d'un dos d'âne. Jully estime qu'il faut 3.000 heures d'entraînement pour être certain de son coup de lime.

Frémont conseille pour donner de la sûreté au débutant de l'apprendre à limer sur deux morceaux de métal placés parallèlement à une petite distance l'un de l'autre, grâce à l'interposition d'un coin entre eux. Le débutant sent si sa lime mord sur l'une ou sur les deux barrettes. Il voit par le trait croisé s'il enlève le trait précédent sur une ou sur les deux barrettes. Enfin il entend un son différent.

A consulter :

Ch. Frémont : *La lime*, Paris 1916, Société d'Encouragement à l'Industrie Nationale.

A.[e] Jully : *Cours techniques d'apprentis*, Bulletin de la Société d'Encouragement à l'Industrie Nationale, novembre 1910.

Bourdain et Grall : *A B C de l'apprenti horloger*, 1917, Renaud, édit.

L. Verleye : *Le bijoutier à l'établi*, 1910, Desforges, édit.

REVUE ANALYTIQUE

Cancer du péricément.

Hopewell-Smith a signalé le seul cas de cancer du péricément connu. Il s'agit d'une jeune femme mariée à un médecin, traitée par un dentiste de Londres qui avulsa une incisive centrale supérieure gauche. La pulpe avait été enlevée et le canal radiculaire traité. Cette dent fut envoyée à M. Hopewell Smith pour diagnostiquer une formation particulière du tissu trouvé autour de la racine. Il fut fait des coupes microscopiques de ce tissu, et, après examen, ce praticien parla d'épithélioma perforant. Des nids de cellules furent trouvés, qui lui permirent de conclure à un cancer. Il en fit part au dentiste. La 2ᵉ incisive gauche et la canine gauche furent enlevées et présentèrent le même tissu ; mais aucun signe extérieur n'indiquait le moindre trouble. Un des médecins traitants pratiqua une incision exploratrice et trouva une grosse tumeur maligne s'étendant jusqu'à la 3ᵉ molaire ; il excisa alors le maxillaire. La patiente se rétablit et porte aujourd'hui un obturateur. Cette opération se fit en 1901.

La pulpe était infectée par une cavité cariée et mourut ; il se produisit alors une inflammation suppurative autour de l'apex. Le pus se fit jour et laissa derrière lui un sinus incurable qui faisait croire, après la stérilisation de la dent, qu'une partie de celle-ci était nécrosée. Celle-ci, agissant comme un irritant, amena une hypertrophie du péricément mis à nu et une prolifération de l'épithélium. La douleur, modérée cependant, rendit la dent hors d'usage et le péricément, qui n'était pas épaissi, fut isolé. L'équilibre existant entre les cellules du péricément est alors rompu, l'épithélium reprend son ancien pouvoir de division, dont la résistance physiologique est réduite ; c'est ainsi que naît le cancer. (*Pacif. Dent. Gaz.*)

Chlorhydrate d'éritrophléine.

L'emploi de l'éritrophléine pour la dévitalisation pulpaire a été préconisée il y a bien des années, mais son emploi ne s'est pas généralisé en raison de la rapidité de son action et de sa puissance de pénétration, qui cause de la périodontite. Cela est dû à une appréciation inexacte de cette action. Nous ne pouvons imaginer la dévitalisation d'une pulpe uniquement parce qu'une cavité est sensible. Mais un agent qui agit si rapidement doit avoir un grand avantage sur l'arsenic quand, par suite d'exposition ou de dégénérescence chronique, la dévitalisation ne peut être évitée. Cette action serait due à la vasoconstriction des artérioles pulpaires, mais cela ne s'accorde pas avec l'inflammation périodontique des premiers auteurs. Nous admettons que cet agent doit agir comme un tonique des tissus. Peut-être que les faibles quantités auxquelles il est employé et le fait qu'il est employé avec un sédatif, l'eugénol, jouent un rôle en la matière.

Un autre point important, c'est son action préservatrice sur les parties molles. Nous estimons que l'action préservatrice de l'arsenic sur les contenus organiques des canalicules dentinaires et sur des débris pulpaires laissés dans les canaux radiculaires sont des indications importantes pour son emploi dans la dévitalisation. (*Brit. Dent. J.*)

Prédétermination des arcades dentaires.

L'auteur de cet article, M. Mañes Retana, arrive aux conclusions suivantes :

1° La méthode Hawley et autres semblables appartiennent à l'histoire de l'orthodontie ;

2° La considération des arcades supérieure et inférieure séparément dans le problème de l'occlusion est antiscientifique et arbitraire ;

3° Il est possible par des procédés mécaniques ou mathématiques de déterminer, avant de commencer le traitement orthodontique, la position que les dents d'un cas de malocclusion doivent occuper dans les arcades dentaires pour garder leurs relations normales avec leurs adjacentes et leurs antagonistes ;

4° La forme des arcades dentaires varie avec chaque individu par rapport aux dimensions et à la forme des dents ;

5° Le seul moyen rationnel de déterminer la plus petite extension du mouvement dentaire pour la correction d'un cas de malposition dentaire est de tenir compte de la relation entre l'occlusion des arcades prédéterminés et celle du cas à corriger.

(*La Odontologia*, de Madrid.)

Recherches expérimentales sur la bactériologie de la pyorrhée.

MM. G. Turner et Drew, qui ont entrepris ces recherches, en ont fait connaître les résultats. Ils ont décrit les variétés d'infections trouvées dans les tissus : pulpe vivante, canalicules dentinaires, cément et gencives. Ils ont présenté une préparation de la pulpe d'une bicuspide, montrant une infection diphtéroïde, avec une pyorrhée chronique ; ils considéraient toutefois comme improbable que celle-ci fût intéressée par l'infection pulpaire. Dans un autre cas, il y avait infection par deux types distincts de diphtéroïdes ; dans d'autres des infections mélangées par des diphtéroïdes, des streptocoques, et parfois par des staphylocoques et des spirochètes. Il est certain que les canalicules dentinaires étaient souvent infectés par la cavité pulpaire. Les organismes, la plupart du temps associés à des infections dentinaires, semblaient relativement peu nombreux : diphtéroïdes, coccus, spirochètes. L'infection du cément était fréquente et 3 routes pouvaient être distinguées : de la cavité pulpaire et des canalicules ; par la membrane du périodonte ; de la carie superficielle.

Il était manifeste que le cément pouvait être infecté par un organisme vivant, mais infectait le périodonte. Dans les cas chroniques, des bactéries étaient invariablement présentes dans les gencives ; les

plus fréquentes étaient des diphtéroïdes, des streptocoques, des staphylocoques. Une section du bord gingival recouvrant une dent de sagesse en éruption chez un homme de 48 ans présentait une septicémie dentaire, juste au moment où la gencive découvrait la dent et laissait les cryptes ouvertes à l'infection. Dans ce cas, une infection diphtéroïde pure envahissait les vaisseaux lymphatiques.

(*Dent. Record*, juillet 1919.)

Obturateur sans plaque.

L'obturateur sans plaque pour palais fissuré de S. Case est dépourvu de plaque ou de tout autre support et maintenu seulement par les tissus vivants entourant la fissure. Il est extrêmement léger, et sa grande mobilité se prête aux plus légers mouvements des muscles, et quand il est entouré lorsqu'ils ferment complètement le passage conduisant au nez, il prend la même position favorable par rapport à la voix vibrante que le voile normal du palais, dont il imite exactement la fonction.

On sait qu'un obturateur doit être empêché de glisser en arrière et de reposer constamment contre la paroi postérieure du pharynx, obstruant ainsi le passage nasal de l'air et entravant la prononciation des 3 sons de consonnes nasales. Le dispositif de l'obturateur de Case qui empêche ce glissement en arrière est sur la face postérieure de l'extension latérale sur le devant. Si les tissus sont amenés contre l'épaulement ainsi formé du côté buccal de l'obturateur, ce dernier ne pourra glisser en arrière. (*Dent. Rec.*, juillet 1919.)

Les lésions ulcéreuses de la bouche et du pharynx dans lesquelles se trouve le fuso-bacillaire de Vincent.

Les auteurs décrivent une véritable épidémie de lésions ulcéreuses bucco-pharyngées et à fuso-bacillaire de Vincent, observée non seulement sur l'élément civil et militaire roumain, mais aussi sur les troupes militaires françaises.

La guerre a déclanché en Roumanie une misère physiologique peu commune. Pendant les hostilités, la misère, le typhus exanthématique, la fièvre récurrente, l'ictère épidémique, le scorbut donnèrent des lésions très graves des glandes salivaires (parotides et sous-maxillaires) et des manifestations bucco-pharyngées multiples et variées. Plus tard, lorsque la guerre fut terminée, apparurent des lésions bucco-pharyngées d'une tout autre nature, plus difficiles à désarmer, angines et stomatites où l'on trouve toujours le fuso-baccillaire de Vincent, accompagné d'une flore banale très riche des agents saprophytes de la bouche.

Les formes cliniques observées sont variables, mais on peut cependant les classer en 2 groupes :

1° Cas à marche aiguë et rapide.

Le malade se sent courbaturé, légèrement fébricitant, avec d'abord sensation de brûlure sur la gorge, puis dysphagie intense.

Quelques jours après, à l'examen, gorge rouge, langue augmentée de volume, avec sur ses bords l'empreinte des dents. Au niveau de l'espace intermaxillaire, mi ou bilatéral, se trouve un dépôt blanchâtre de consistance membraneuse à forme triangulaire à base postérieure vers les dents de sagesse. Les collerettes gingivales des grosses molaires inférieures sont le plus souvent atteintes par une espèce d'ulcération qui ronge les gencives et les couvre d'un dépôt membraneux blanchâtre. Dans cette forme, les lésions amygdaliennes sont rares. Il existe en même temps une odeur fétide de l'haleine avec salivation, température légère (38°5) et un mauvais état général. Adénite sous-maxillaire.

Les auteurs ont toujours eu rapidement raison de ces cas aigus. C'est dans ce groupe qu'il faut ranger ces cas non soignés qui ont vite abouti à la gangrène des joues et même des maxillaires.

2° *Cas à marche torpide.*

Peu de réactions, peu de douleurs, peu de dysphagie : les lésions sont pharyngées et buccales. La lésion amygdalienne siège toujours au pôle supérieur de l'organe ou dans un sillon antéro-postérieur ; en général, la lésion est cachée, il faut la rechercher. La partie lésée est recouverte par une fausse membrane qui s'enlève facilement. La lésion buccale, la stomatite commence toujours dans la rainure gingivo-dentaire de la dernière grosse molaire inférieure pour s'étendre ensuite ; on trouve, en général, dans ces cas, des petits îlots séparés, très fréquents dans le sillon gingivo-buccal inférieur, beaucoup moins fréquents dans le supérieur. L'ulcération est profonde, recouverte d'une fausse membrane qui s'enlève plus difficilement que dans la forme aiguë. Les auteurs rapportent un cas de lésions ulcéro-membraneuses vincéniennes des cordes vocales.

Le diagnostic de ces lésions est facile : elles ne peuvent être confondues qu'avec la stomatite mercurielle, l'ulcération due au calcul amygdalien, les accidents des dents de sagesse, le pemphigus de la muqueuse buccale ; mais dans ce dernier cas, diagnostic différentiel seul délicat, il y a des lambeaux de muqueuses détachés qui flottent.

Au point de vue étiologique, les auteurs n'ont pu relever ces contaminations d'heure à heure : ce n'est donc pas une véritable épidémie.

De même, rien dans l'état général ni local des malades n'a donné la clef de l'origine du mal. D'autre part, l'alimentation ne semble pas devoir être incriminée.

En résumé, disent MM. David et Hecquet, la guerre, avec ses multiples causes de misère, a fait éclore en Roumanie des lésions bucco-pharyngées à localisation tonsillaires, péridentaires et buccales, à évolution le plus souvent torpide sous racines vives ; lésions sous lesquelles le microscope a montré toujours, quand on l'a recherché, la présence du bacille fusiforme de Vincent avec sa spirille. Ces lésions étaient plutôt rares avant la guerre, elles sont devenues fréquentes depuis.

Les auteurs traitent ces lésions par l'arsenic, dans la veine et sur la plaie.

Injections intra-veineuses d'arseno-benzol tous les six jours, la 1re de 30 centigrammes et en augmentant chaque jour de 15 centigrammes.

Badigeonnage des plaies au nitrate d'argent au dixième, puis d'une solution glycérinée d'arseno-benzol (90 centigrammes pour 30 grammes de glycérine).

Gargarisme au bicarbonate de soude et régime lacté.

En général, la maladie traitée de cette façon met 15 à 20 jours pour guérir.

(David et Hecquet, de Galatz, Roumanie, *Presse Médicale*, 21 janvier 1920.)

Trois cas de kystes de l'antre d'Highmore, originaires de follicules dentaires hétérotopiques de Rezende.

M. de Rezende rapporte trois cas d'observations à l'occasion desquelles il étudie les kystes du sinus maxillaire, nés d'un follicule dentaire hétérotopique. Ces kystes se développent à la suite de l'atrophie de l'organe de l'émail et entrainent une sécrétion irritative de l'épithélium modifié qui enveloppe la couronne. Histologiquement ils doivent être considérés comme des adamantinoblastomes folliculaires. C'est toujours, prétend l'auteur, la dent de sagesse qui est en jeu, par suite de conditions mécaniques empêchant son évolution normale. Le développement du kyste amène progressivement l'irritation, l'usure et la rupture de la paroi du sinus dans lequel le kyste finit par pénétrer et se développer alors rapidement, contenant une couronne dentaire à son intérieur. Dans les trois cas observés par de Rezende, il y avait eu d'abord des phénomènes inflammatoires, puis des signes de kystes du sinus, avec fistules buccales, répondant à la partie antéro-inféro externe de l'antre.

Ces symptômes, coïncidant avec l'absence de la dent de sagesse, sont presque pathognomoniques d'un kyste développé aux dépens de cette dent en position hétérotopique.

Le traitement de ces kystes peut se faire à l'anesthésie locale. Il faut abattre la partie antéro-externe de l'antre, mais en respectant le plus possible la face externe pour conserver, autant que possible, l'esthétique du visage. En cas de suppuration, il est bon d'établir un drainage complémentaire par une contre-ouverture nasale comme dans le procédé de Luc-Caldwell.

(*Société de Médecine et de Chirurgie de Sao-Paulo,* Brésil, 3 mai 1919.)

Evolution et aspects cliniques de la diplégie faciale.

La paralysie faciale bilatérale est considérée par les auteurs classiques comme peu fréquente, surtout dans sa forme périphérique. Cette opinion est contestée par l'auteur qui admet même que la prosopodiplégie acquise est plus fréquente que la congénitale.

La prosopodiplégie acquise survient, soit comme épiphénomène au

cours d'une polynévrite, soit comme manifestation isolée et autonome; elle relève alors dans 95 o/o des cas de la syphilis.

Très généralement lorsque la paralysie faciale fait partie du complexus de la polynévrite, elle s'installe après la paralysie des membres. De règle, la diplégie s'établit en deux temps et la paralysie demeure plus prononcée d'un côté. Dans quelques cas, la diplégie apparaît alternante et s'avère plus accusée chez le même sujet, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

La face est peu déviée si la paralysie est symétrique, mais le masque est figé, inexpressif, la prononciation des mots difficile.

Lorsque survient la régression de la paralysie, on constate d'abord le retour de la contractilité de l'orbiculaire palpébral, puis celle du muscle frontal. Il est intéressant de noter que dans certains cas l'occlusion unilatérale des paupières peut être parfaitement effectuée, alors qu'il n'en est pas de même de leur occlusion simultanée. Le temps que met la diplégie faciale à disparaître oscille entre quelques jours et des mois. Parfois les phénomènes paralytiques ne s'améliorent que d'un seul côté à la fois et ce n'est que lorsqu'un côté est redevenu normal que l'autre présente un retour de sa motricité. La terminaison par contracture est peu fréquente.

De Castro (*Revue Neurologique*, nov. 1919, p. 801).

Zona de l'oreille et paralysie faciale.

M. Luques rapporte l'observation d'une femme atteinte de paralysie faciale périphérique à la suite d'un zona de l'oreille. Les filets sensitifs du ganglion géniculé innervent le pavillon de l'oreille et son atteinte explique à la fois le zona et la paralysie faciale. La malade a eu en plus quelques vésicules d'herpès sur la pointe de la langue en raison de l'innervation de la corde du tympan.

Dans les paralysies périphériques du facial, surtout dans les formes douloureuses, il faut songer à la possibilité d'un zona de l'oreille et le chercher, car il est si peu étendu et souvent si discret qu'il peut passer inaperçu.

Luques (*Société Médicale des Hôpitaux*, 29 janvier 1920).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Démonstrations pratiques.

Séance du 11 janvier 1920

I. — Application de quelques données scientifiques au fraisage et au meulage des dents.

Par M. HUET, de Bruxelles.

Au moyen de l'appareil de contrôle dont la description a paru dans *L'Odontologie* de décembre dernier, M. Emile Huet, de Bruxelles, fait une série d'expériences relatives au mode d'emploi des instruments dentaires (pression à exercer, vitesse de pénétration).

Il essaie divers forets et montre les différences considérables dans les effets que l'on peut obtenir, suivant l'angle de coupe, la résistance des bords et la plus ou moins grande facilité d'élimination des copeaux obtenus.

Il en conclut que les forets actuellement dans le commerce ne répondent pas aux besoins de l'art dentaire et que les praticiens doivent, en l'occurrence, les tailler eux-mêmes et ne s'en servir qu'après un examen attentif.

Passant à la pratique, M. Huet opère le meulage préparatoire à la pose de couronnes pour deux petites molaires. L'emploi d'un moteur à la vitesse de 9.000 tours à la minute, avec une pression n'excédant pas 100 grammes, lui permet de terminer cette préparation en quelques minutes, les meules étant employées à sec.

Comme il l'avait annoncé la veille à la séance de la *Société d'Odontologie*, M. Huet fait ensuite la trépanation et l'extirpation des nerfs de deux grosses molaires saines et non anesthésiées, opérations qui confirment l'excellence de sa méthode. Seul le passage de la zone sous-adamantine est perçu ; une fois arrivé dans la dentine, plus aucune sensation n'est ressentie, et la trépanation de la chambre pulpaire se fait sans la moindre réaction de la part des patientes.

Cette démonstration fut la confirmation de la nécessité de tenir compte à l'avenir, dans les travaux de dentisterie opératoire, des nouvelles données établies et des profondes modifications à apporter dans l'outillage employé.

II. — Les alliages légers d'aluminium et leur utilisation par M. Ch. Bennejeant.

Au centre maxillo-facial de l'armée d'Orient dans le service de M. Audy, je fus frappé de la résistance chimique en bouche des alliages légers d'aluminium dont on faisait un usage courant pour les attelles. Des attelles de contention ayant un séjour en bouche de quatre à cinq mois restaient parfaitement intactes, malgré la suppuration abondante du début dans les fractures ouvertes. La matière première servant à la coulée des attelles provenait de déb.is de carters d'avion fournis gracieusement par le centre d'aviation de Salonique. Je me renseignai sur la teneur de ces alliages. Il existe actuellement plusieurs types d'alliages légers d'aluminium livrés par l'industrie. Mais tous ces alliages légers, plus ou moins complexes, reposent tous sur le même principe : durcissement de la masse par l'adjonction de petites quantités de métaux, nickel, manganèse et magnésium. Cette dureté est augmentée par trempe.

Le type industriel le plus parfait de ce genre d'alliages est donné par le « duralumin ».

A l'analyse il a donné la composition suivante :

Al. 95 Mg. 1 Cu 3.3 Fe. 0.29 Si. 0.22 Mn. 0.19.

Sa dureté est trois fois plus grande que celle de l'aluminium. Sa ténacité également ; sa charge de rupture est de 36 kilogr. Refondu, elle s'abaisse à 20 kilog., mais par trempe dans un bain salin à 400°-500° elle redevient ce qu'elle était primitivement, soit une ténacité presque égale à celle de l'acier. Il fond à 650°, sa fusion est pâteuse, mais par une légère élévation de température cet alliage recouvre suffisamment de fluidité pour la coulée. Comme celle de l'aluminium sa fusion est un peu lente en raison de sa grande chaleur spécifique.

Pour nous prothésistes il a tous les inconvénients de l'aluminium pur, mais il nous apporte pour une même légèreté une ténacité et une dureté de beaucoup supérieure. Par trempe à 400° environ on lui confère le maximum de dureté et de ténacité qu'il puisse donner. Pratiquement on apprécie facilement cette température de trempe par la carbonisation de brindilles de bois disposées sur le métal. La température est atteinte à l'inflammation des brindilles.

La technique de coulée est identique à celle de l'aluminium.

Cet alliage a les mêmes utilisations que l'aluminium :

1° En prothèse maxillo-faciale comme attelles de réduction de contention et d'élongation de cal.

2° En prothèse ordinaire pour les complets haut.

3° En orthodontie ou sous forme de petites attelles il peut remplacer avantageusement les bagues.

Les soudures destinées à l'aluminium lui sont applicables, son prix de revient est environ le double de celui de l'aluminium.

III. — **Analgésie par la méthode du protoyxde d'azote et de l'oxygène mélangés à l'aide de l'appareil de Clark, par M. C. Guebel.**

J'utilise la propriété qu'à le protoxyde d'azote mélangé à de l'oxygène ou à de l'air de produire une diminution de la sensibilité sans perte des facultés psychiques En faisant respirer un mince filet de protoxyde d'azote mélangé avec de l'oxygène (oxygène 5 o/o) on obtient au bout de quelques minutes une diminution de la sensibilité qui permet de fraiser une dent atteinte du 2e degré avec hypéresthésie dentinaire.

Deux malades ont été ainsi opérés.

Ensuite démonstration d'une anesthésie générale prolongée au protoxyde d'azote permettant l'extraction de six dents.

IV. — **Démonstrations de M. R. Anéma.**

a) Méthode de M. O. Rubbrecht pour les fractures de la machoire.

Je voudrais démontrer, à l'aide de deux cas simples de fractures de mâchoire, la méthode de M. O. Rubbrecht, chef de service à l'ambulance « Océan ». Je n'entends faire ici qu'un travail de vulgarisation, M. O. Rubbrecht ayant donné lui-même, dans les comptes rendus publiés chez Masson et Cie, sur ladite ambulance, en juillet 1917, un excellent exposé de sa méthode dont je me suis, d'ailleurs, inspiré dans la 5e division (blessés et mutilés de la face), à l'hôpital du Val-de-Grâce, à Paris.

Je rappellerai brièvement son *modus operandi* :

M. O. Rubbrecht met les fractures en position normale en appliquant sur les dents les bagues orthodontiques, qu'il unit par de gros fils de melchior. Chaque fracture porte son fil. Les fils, une fois les fractures en position, sont unis ensemble et soudés à l'étain, dans la bouche même.

Auparavant, il encercle par un fil continu la mâchoire non abîmée. Ce fil, que j'appellerai fil de guide, repose sur quatre bagues.

Cela étant dit, j'entre dans la démonstration en pratiquant comme il suit :

Voici, par exemple, un cas de fracture complète du corps de la mandibule dans la ligne médiane. J'encercle la première grosse molaire inférieure et la canine inférieure toutes les deux du côté gauche par une bague de Magill; je soude un fil de melchior de 2 m/m 1/2 sur ces deux bagues. Le fil s'étend jusqu'à la deuxième incisive gauche. J'opère de la même manière du côté droit, et laisse les deux fils s'entre-croiser sur la canine gauche ; puis je cimente les deux parties (de gauche et de droite) de l'appareil en place.

Entre temps, j'ai déjà placé mon fil de « guide » sur la mâchoire supérieure intacte. Maintenant, le blessé ferme la bouche et je tire graduellement les deux côtés de la mandibule vers la mâchoire supérieure, à l'aide de fils de laiton ordinaires de redressement.

Dans cette position d'occlusion parfaite des dents, je soude ensemble, à l'étain, les extrémités des deux fils de la mandibule. Les fils de laiton qui tenaient les deux mâchoires l'une contre l'autre sont alors coupés, et le blessé peut ouvrir la bouche.

Il n'est, à mon sens, pas d'autre méthode de réaliser aussi pratiquement une réduction en position normale. En l'appliquant, j'ai obtenu un résultat parfait dans le cas de fracture de la mandibule que je viens d'exposer.

Dans un autre cas de fracture de la mâchoire supérieure, dont je montre ici également les modèles (avant et après la guérison), je n'ai pas été moins satisfait.

Différents autres cas, plus compliqués, se sont présentés à moi. Dès qu'ils furent entrés dans le service, je les ai pris en main. Une particularité que je tiens à signaler est que, au fur et à mesure que j'assemblais les fractures des mâchoires, quelquefois très abîmées par des éclats d'obus, je constatais en même temps que les blessures infectées de la face prenaient un autre aspect et que l'état général du blessé s'améliorait.

b) Méthode Lourie, pour l'élargissement du rebord alvéolaire au moyen du fil lingual.

Je vais tenter d'exposer, aussi succinctement que possible, un procédé pour l'élargissement du rebord alvéolaire, que d'ailleurs on trouvera publié dans l'ouvrage de M. Martin Dewey (*Practical Orthodontia*, 3e édition, C. V. Mosby, Saint-Louis, 1917).

M. Lourie soude sur deux bagues Magill un fil de platine iridié, et s'appuyant intérieurement sur les collets des dents. A l'aide de son « wire-stretcher », il pince le fil en différents endroits. Cette action de pincer — d'écraser presque — provo-

que l'allongement du fil, tantôt dans la partie antérieure, tantôt dans les parties latérales. Le fil reposant sur les dents, celles-ci se déplacent dans une direction linguo-labiale et linguo-buccale.

Pour exposer pratiquement la méthode, je vais vous montrer un fil m'ayant servi dans le traitement d'un enfant de huit ans. Au lieu d'un métal précieux, j'ai employé un fil de nichrom (alliage de chrome et de nickel) de 8/10 de m/m, soudé à l'étain sur les bagues des deux deuxièmes molaires temporaires.

J'obtins l'écartement du rebord alvéolaire en donnant une fois par semaine quatre coups de pince : deux dans la partie antérieure du fil, et un de chaque côté latéral. L'écartement, obtenu dans l'espace de sept à huit semaines, fut de 4 m/m environ dans la région des canines.

Voici maintenant un autre cas, avec le fil en place sur le modèle ; je l'ai rendu amovible en le faisant glisser dans deux tubes soudés sur les bagues des grosses molaires de droite et de gauche.

Tout en lui reconnaissant certain avantage, j'estime que le fil à l'intérieur de l'arcade dentaire ne pourra pas remplacer complètement le fil extérieur, pour cette raison entre autres que le mouvement antéro-postérieur des dents le long du fil lingual présente certaines difficultés.

c) Appareil de rétention Hawley.

C'est dans le *Dental Cosmos* de juin 1919 qu'on trouve la description de cet appareil, que j'applique en ce moment à différents cas, parmi lesquels j'ai fait choix de deux : le premier appartient à la 1re classe d'Angle avec les dents incisives supérieure en forte occlusion labiale, dont les médianes étaient séparées de 3 m/m environ.

L'appareil de Hawley est fait d'une plaque en ébonite couvrant le palais ; vulcanisé dans cette plaque se trouve un fil d'or platiné de 1 m/m de diamètre, passant dans l'espace occlusal normal entre la canine et la prémolaire voisine, et encerclant extérieurement les incisives et les canines. Un raccord supplémentaire encercle extérieurement la première prémolaire de droite et celle de gauche.

Le deuxième cas pour lequel j'applique également l'appareil de Hawley est plus compliqué : il appartient à la 2e classe, 2e division, sous-division d'Angle. Les modèles vous le montrent ici, et il vous est loisible d'en tirer conclusion.

Pour ma part, je crois que ce procédé de rétention peut

nous rendre certains services. Jusqu'à présent, je ne l'ai appliqué qu'après la rétention par un appareil fixe.

d) Quelques cas de redressement.

Pour terminer, je vous soumets trois cas de redressement : un guéri, deux autres en traitement. Vous pouvez juger du *modus operandi* en observant l'appareil reproduit sur les modèles.

Le premier cas, à présent guéri (2e classe, 1re division, sous-division, classification d'Angle), se caractérisait par une canine supérieure gauche incluse dans le palais. La deuxième incisive gauche et la première prémolaire gauche s'étaient complètement rapprochées. En appliquant l'appareil d'Angle et en faisant graduellement la place de la canine, celle-ci perçait les gencives et venait s'intercaler à sa place normale, un fil de laiton la tirant vers l'arc extérieur.

Le deuxième cas (2e classe, 1re division, classification d'Angle), est pris chez une enfant de quatre ans, dont la mâchoire inférieure était en forte occlusion distale et les deux incisives supérieures en occlusion labiale considérable. Les dents incisives inférieures touchaient le palais. Avec une modification du *modus operandi* d'Angle, que je me réserve de publier par la suite, dès que j'aurai traité un nombre suffisant de cas, je suis arrivé, en quelques semaines, à un résultat appréciable ; ayant commencé son traitement le 15 juin 1919, la petite patiente est allée en vacance les 1er août suivant, et ce n'est que deux mois plus tard, en octobre, que je l'ai revue. Tout en ne l'ayant pas eu en observation pendant ces deux mois, l'appareil ne s'était nullement dérangé. Le deuxième modèle est du 20 octobre 1919.

Le troisième et dernier cas s'applique à une jeune fille de seize ans, qui reçoit le même genre de traitement. Je l'ai commencé le 24 mai 1919. La malade est allée se reposer à la mer le 1er octobre de la même année. Pendant deux mois d'absence, l'appareil que je lui avais appliqué, du même genre que celui de l'enfant de quatre ans citée plus haut, et qui me servait d'appareil d'action, lui tenait lieu d'appareil de rétention, sans que j'aie eu besoin d'y apporter la moindre modification. Le deuxième modèle est du 25 novembre 1919.

V. — **Bridges amovibles.**

MM. Manes, de Madrid, et Even, font une démonstration sur le système de bridges amovibles de Peeso, de Philadelphie, et Chayes, de New-York.

Ces travaux ont été exécutés par les auteurs à l'Université de Pensylvanie et à l'école de bridges amovibles Chayes avec l'enseignement personnel de ces maîtres américains et ont reçu leur approbation.

Il a été montré une dizaine de bridges supérieurs et inférieurs depuis une jusqu'à quatorze dents, tous amovibles.

Les auteurs ont exposé l'utilité et les avantages des bridges amovibles dans les deux systèmes, ainsi que la technique de leur construction.

M. Manes a fait remarquer que dans le système Chayes, grâce à la rétention et à l'ancrage particulier, on conservait la mobilité naturelle du pilier de la dent et que la pression sur les dents artificielles était reçue dans une certaine mesure par le procès alvéolaire et la gencive.

Dans le système Peeso M. Even a exposé l'avantage des couronnes télescopes, des couronnes Richmond et inlays avec tube et pivot fendu dans les bridges amovibles et dans les appareils à plaque.

VI. — **Mise en pratique des coiffes d'émail armé.**

(Méthodes et procédés Cournand).

MM. Cournand et Coutif ont présenté des coiffes d'émail armé dont ils préconisent la substitution aux coiffes métalliques et dents à pivot dans la majorité des cas. Au point de vue esthétique elles ne laissent rien à désirer, au point de vue résistance et solidité l'essai fait à la pince pour casser des noix est de bon augure pour la résistance en bouche, très grande de l'avis des auteurs.

Les coiffes d'émail armé, suivant leur procédé d'empâtement au moyen d'émaux spéciaux, offrent l'apparence massive, la teinte et la solidité des couronnes artificielles, cependant que l'épaisseur de leurs parois varie de 1/10 de m/m à 1 m/m du collet au bord libre.

Réunissant donc les avantages fonctionnels et esthétiques des coiffes métalliques et des couronnes à pivot, il est indiqué de les leur substituer chaque fois qu'il y a intérêt à conserver le moignon de couronne.

En résumé l'emploi de ces coiffes ne reconnait d'autre restriction qu'une hauteur insuffisante de l'articulé, soit moins de 1 m/m 1/2.

Préparation. — Suivre les indications de la pose des coiffes d'or en exagérant un peu la réduction du moignon. Les partisans du frettage pratiqueront l'évidement nécessaire.

Sur le moignon ainsi préparé, établir une bague en maillechort, ou même en or ou argent au 6 de la filière; la recouvrir de cire, celle-ci débordant sur les dents voisines de façon à obtenir leur impression et celles des dents antagonistes par morsure.

Prendre également une 1/2 empreinte ordinaire de la région où doit être placée la coiffe, ainsi que la teinte du collet et celle du bord libre.

Dans ces conditions une coiffe peut être exécutée avec succès.

VII. — **Démonstrations de M. Maurice Roy.**

a) FRACTURE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Je vous présente un cas de fracture dans lequel le déplacement des fragments offre une particularité intéressante. Cet homme, terrassier, qui a été pris sous un éboulement, présente une fracture de la branche horizontale gauche entre la seconde et la troisième molaire, cette dent étant, antérieurement à l'accident, en position fortement oblique et n'ayant pas encore fait son éruption. Les dents, toutes existantes, se trouvaient, à l'exception de celle-ci, en occlusion normale au moment où j'examinai ce cas pour la première fois, trois semaines après l'accident, mais le fragment postérieur gauche était déplacé en avant et en dehors, sa face linguale venant s'appliquer sur la face vestibulaire du fragment antérieur; la dent de sagesse complètement recouverte de muqueuse, venait former dans le vestibule une grosse tuméfaction. Cette dent étant dégagée de sa muqueuse, je la trouvai assez solide et, en me servant de cette dent comme point d'appui, je pus, au moyen d'une pression à l'aide d'une simple précelle, réduire en bonne position le fragment postérieur qui ne présentait pas le moindre signe de consolidation. La contention du cas, compliquée par la position anormale de la dent de sagesse, n'était pas facile ; je pris une empreinte et fis sur le modèle la réduction de la dent de sagesse en me rapprochant le plus possible de ce que j'avais obtenu en bouche ; les dents antagonistes ne pouvant m'être d'aucun secours pour cette réduction que je devais faire par approximation ; je confectionnai ensuite une gouttière métallique et j'eus la satisfaction, à l'aide de celle-ci, de pouvoir réduire parfaitement la dent de sagesse et le fragment postérieur qui la soutenait en bonne position, ainsi que vous le voyez en bouche et comme le confirme la radiographie que j'en ai fait prendre et que vous pouvez comparer avec celle prise avant toute réduction.

b) Curettage apical.

Voici un malade qui présente depuis longtemps une fistule au niveau de la première prémolaire inférieure qui est extraite depuis plusieurs années ; cette fistule, ainsi que je l'avais diagnostiqué et que le confirme la radio que vous voyez, est provoquée par une mortification pulpaire de la canine non cariée, mais autrefois traumatisée. La dent a été trépanée et je vais, pour guérir cet abcès chronique, pratiquer l'opération que j'ai décrite maintes fois sous le nom de *curettage alvéolo-radiculaire*, mais que j'appellerai par simplification *curettage apical* [1].

Après anesthésie locale, je fais, comme vous le voyez, une incision horizontale de la muqueuse vestibulaire au niveau approximatif de l'apex sans m'occuper de la fistule, que je laisse en dehors de mon incision, et en respectant scrupuleusement la fibro-muqueuse *qui doit toujours être laissée en dehors de l'incision*. Je vais reconnaître avec un stylet le siège de l'abcès et dénude la paroi alvéolaire à ce niveau avec la rugine ; la cavité abcédée est assez grande pour que je puisse la nettoyer à la curette, je ne me sers de fraises que dans les abcès de petite dimension.

Maintenant que les fongosités qui la remplissaient sont enlevées et que le sang vous gêne moins, vous pouvez voir assez bien la cavité creusée dans le maxillaire par abcès, et, dans le haut de celle-ci, vous apercevez l'apex, ce qui vous permet de contrôler, une fois de plus, la faible étendue des lésions radiculaires comparées aux lésions osseuses.

Conformément à la technique que j'ai préconisée, je me contente de curetter cet apex et ne le résèque pas, cette opération étant inutile dans la plupart des cas, car, contrairement à ce qui a été dit antérieurement, *ce n'est pas la présence de l'apex dénudé qui est cause de la persistance de l'abcès, mais les lésions osseuses provoquées par l'infection pulpaire*. La cavité osseuse se trouvant nettoyée, la suppuration va disparaître et la plaie se cicatriser parfaitement, bien que, comme vous le voyez, je laisse la dent avec son apex dénudé. Je déterge la plaie avec un tampon imbibé de chlorure de zinc à 1/10 et l'opération est terminée ; je n'ai pas besoin de faire de suture, la simple position de la lèvre, revenue à sa position normale, suffit à assurer la coaptation parfaite des bords de mon incision.

Demain, je ferai l'obturation du canal radiculaire à l'aide de

---

1. Le curettage alvéolo-radiculaire dans les abcès alvéolaires chroniques. *L'Odontologie*, 1909, V, II, p. 367.

la pâte oxyde de zinc, aristol et essence de girofle après nettoyage et assèchement parfait du canal que je vais pouvoir obtenir maintenant que toute suppuration a disparu ; pendant cette obturation, pour éviter le suintement qui, de la plaie, peut venir dans le canal par l'apex, je place préalablement, dans la cavité abcédée que je rouvre momentanément, un tampon d'ouate qui absorbe la sérosité et permet l'obturation dans des conditions de sécheresse absolue sans que la pâte obturatrice soit souillée par celle-ci.

La cicatrisation de la plaie vestibulaire est obtenue en trois semaines en moyenne. Je n'ai jamais observé de récidive.

c) Accident de dent de sagesse.

Je vous présente un cas assez banal, mais intéressant cependant par les erreurs de diagnostic auquel il peut donner lieu ; c'est celui d'une dent de sagesse inférieure qui a provoqué un abcès qui est venu s'ouvrir dans le vestibule au niveau de la première grosse molaire. J'ai vu dernièrement, dans un cas semblable, une malade à laquelle on avait indûment enlevé cette molaire, la cause véritable de l'abcès ayant été méconnue. Il n'en sera pas de même ici ; j'enlève la dent de sagesse dont la position assez défavorable n'a pas, vous le voyez, empêché l'extraction dans de bonnes conditions et l'abcès va guérir spontanément dans quelques jours.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET DU 21 FÉVRIER 1920 RÉGLEMENTANT L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN EGYPTE

Nous, Sultan d'Egypte,

Vu le décret du 8 février 1886, instituant l'Administration des Services sanitaires et d'hygiène publique ;

Vu l'arrêté du Ministère de l'Intérieur, en date du 13 juin 1891 portant règlement sur l'exercice de la médecine ;

Considérant la nécessité d'édicter de nouvelles dispositions pour réglementer l'exercice de la profession de dentiste ;

Sur la proposition de notre ministre de l'Intérieur et l'avis conforme de notre Conseil des ministres ;

Vu la délibération de la Cour d'appel mixte, en date du 24 janvier 1920, prise en conformité du décret du 31 janvier 1889 ;

Décrétons :

Article 1er. — Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de dentiste, délivré par une faculté reconnue, et s'il n'a obtenu l'autorisation du ministère de l'Intérieur.

Art. 2. — La demande d'autorisation devra être faite par écrit, sur papier timbré, et présentée personnellement par le requérant à l'Administration de l'hygiène publique.

Elle devra être accompagnée du diplôme délivré par une faculté reconnue par l'Administration et d'un certificat de bonnes vie et mœurs, délivré par l'autorité dont relève le requérant.

Dans ladite demande, le requérant devra indiquer son adresse et la localité où il entend exercer sa profession.

Art. 3. — L'autorisation est accordée par le ministère de l'Intérieur, sur la proposition de l'Administration de l'hygiène publique, et après que celle-ci aura fait, s'il y a lieu, les investigations nécessaires pour s'assurer de l'authenticité et de la valeur et suffisance du diplôme présenté et de l'identité du requérant.

La feuille d'autorisation sera délivrée contre paiement d'un droit de L.E. 1.

Art. 4. — Les dentistes, porteurs de diplômes étrangers, qui demandent l'autorisation, peuvent être soumis, au préalable, à un examen sur l'art dentaire.

A cet effet, un Jury permanent sera institué par un arrêté du ministre de l'Intérieur, qui fixera aussi les conditions du dit examen.

Les candidats devront verser L.E. 5 pour droit d'examen.

Art. 5. — Il est réservé aux dentistes autorisés de traiter les affections dentaires proprement dites et de procéder aux opérations de la prothèse dentaire, telles que prises d'empreintes, apposition d'appareils dentaires, etc.

Les médecins autorisés peuvent, eux aussi, procéder à l'extraction des dents. Mais ils ne peuvent soigner que les affections de la bouche rentrant dans le domaine médical, c'est-à-dire les affections qui ne se rapportent pas exclusivement au système dentaire, mais dépendent, en tout ou en partie, de l'état général du patient.

Art. 6. — Les dentistes autorisés peuvent s'occuper de la fabrication des appareils dentaires, soit par eux-mêmes, soit avec l'aide d'assistants-mécaniciens travaillant dans leur clinique et sous leur direction, sous réserve, pour ces derniers, de la disposition de l'art. 7, alinéa 2.

Ils pourront aussi s'adresser à des fournisseurs ou fabricants d'appareils dentaires.

Ils sont tenus d'indiquer à l'Administration de l'hygiène publique les noms et adresses de leurs assistants-mécaniciens, et de lui indiquer également, si elle le requiert, les noms et adresses de leurs fournisseurs ou fabricants d'appareils dentaires.

Art. 7. — Les fournisseurs, fabricants d'appareils dentaires ou mécaniciens-dentistes ne peuvent travailler que pour le compte des dentistes autorisés.

Ils ne peuvent, en aucun cas, prendre le moule ou l'empreinte des dents, procéder à la pose de l'appareil dentaire, ou faire, en général, une opération quelconque dans la bouche du patient.

Il est interdit d'employer, dans les plaques, enseignes, prospectus ou autres moyens de réclame, des indications qui soient de nature à induire le public en erreur sur le métier qu'ils peuvent légalement exercer.

Art. 8. — Tout dentiste autorisé devra, dans le mois de l'autorisation, indiquer à l'Administration de l'hygiène publique, par lettre recommandée, l'adresse exacte de son domicile et de sa clinique.

S'il a plusieurs cliniques, il devra, en outre, faire connaître les jours et heures de ses consultations dans chacune d'elles. Ces

mêmes indications devront figurer sur une plaque, à la porte d'entrée de chaque clinique.

Tout changement de domicile ou transfert de la clinique doit être porté à la connaissance de l'Administration par lettre recommandée, dans le mois du changement ou du transfert.

Art 9. — Tout dentiste autorisé est tenu d'exhiber son permis d'exercice à toute réquisition des agents de l'Administration de l'hygiène publique qui se présenteront à sa clinique.

Le numéro du permis devra figurer sur les plaques et enseignes de la clinique.

Art. 10. — L'autorisation sera considérée comme périmée si le titulaire s'absente de l'Egypte pour la durée continue d'une année, ou si, pendant la durée de deux ans, il n'a pas exercé sa profession.

Art. 11. — Une fois tous les cinq ans, l'Administration de l'hygiène publique procédera au recensement des dentistes régulièrement autorisés et exerçant effectivement leur profession.

Le recensement sera annoncé par un avis, inséré au *Journal officiel*, invitant les dentistes autorisés à faire connaître à l'Administration, par lettre recommandée, et dans le délai qui sera indiqué, s'ils continuent effectivement à exercer leur profession.

A l'expiration du délai imparti, l'Administration enverra les lettres recommandées aux dentistes qui n'auront pas répondu, en leur fixant un dernier délai. Faute de réponse par les dentistes, leurs autorisations seront considérées comme périmées.

A la suite de ce recensement, l'Administration publiera au *Journal officiel* une liste des dentistes autorisés avec indication des noms et prénoms, domicile, clinique, provenance du diplôme et date de l'autorisation.

Art. 12. — Les autorisations considérées comme périmées, aux termes des deux articles précédents pourront toujours être renouvelées.

Art. 13. — Quiconque exerce illégalement la profession de dentiste sera passible d'une amende de P.T. 100 et d'un emprisonnement de un à sept jours.

Le juge pourra ordonner la fermeture de la clinique et la confiscation du matériel y existant et il devra l'ordonner en cas de récidive.

Il devra toujours ordonner l'enlèvement des plaques et enseignes.

Aux fins de l'application de cette disposition, sera considéré comme un exercice illégal de la profession, le fait, par toute personne non autorisée d'annoncer au moyen de prospectus, plaques, enseignes et autres formes de publicité, qu'elle exerce l'art dentaire.

Art. 14. — Toute autre contravention aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende ne dépassant pas P.T. 100.

En cas de contravention à la disposition du dernier paragraphe de l'article 7, le juge ordonnera l'enlèvement de la plaque ou enseigne.

Dispositions transitoires.

Art. 15. — Pour une seule fois, et à titre exceptionnel, le ministère de l'Intérieur, sur la proposition de l'Administration de l'hygiène publique, pourra accorder des autorisations spéciales d'exercice à des praticiens-dentistes qui, bien que ne réunissant pas les conditions de l'art. 1 de la présente loi, pourront justifier, par un examen passé par devant un jury qui sera institué à cet effet par arrêté du Ministère de l'Intérieur, qu'ils ont l'aptitude et les connaissances professionnelles nécessaires.

Ne seront admis à passer cet examen que les personnes qui pourront justifier, à la satisfaction de l'Administration de l'hygiène publique, d'avoir exercé en Egypte la profession de dentiste sans interruption, depuis dix ans au moins avant la date de la promulgation de la présente loi.

La décision de l'Administration sur l'admission à subir l'examen ne pourra, en aucun cas, faire l'objet d'une réclamation par devant l'autorité judiciaire.

Les personnes admises à l'examen paieront un droit de L.E. 5.

Art. 16. — L'autorisation spéciale mentionnée à l'art. 15 sera toujours révocable pour des motifs concernant l'exercice de la profession.

Cette révocation aura lieu par décision du ministère de l'Intérieur, sur la proposition du directeur général de l'Administration de l'hygiène publique.

Art. 17. — Les personnes qui voudront profiter des dispositions de l'art. 15 devront présenter leur demande, avec documents à l'appui, dans le délai de trois mois à partir de la mise en vigueur de la présente loi.

Art. 18. — Toutes dispositions des lois et règlements contraires à la présente loi sont et demeurent abrogées.

Art. 19. — Notre ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution de la présente loi, qui entrera en vigueur trois mois après sa publication au *Journal officiel*.

(*Journal du Caire* du 23 février 1920.)

LES ÉTUDES DENTAIRES EN ESPAGNE

Le titre officiel qui habilite actuellement à exercer l'art dentaire en Espagne est celui de *Odontologo* (Odontologiste) qui a remplacé, depuis l'ordonnance royale du 21 mars 1901, celui de chirurgien-dentiste (*cirujano-dentista*).

L'ordonnance royale du 26 décembre 1910 a étendu les études pour l'obtention de ce titre. Lors de la création de l'école d'Odontologie de Madrid, une nouvelle ordonnance royale, du 13 août 1914, a réformé ces études.

Pour les entreprendre il faut posséder le baccalauréat.

Ces études peuvent être faites en suivant l'enseignement officiel pendant 5 ans ; elles comprennent 16 matières, divisées ainsi :

ETUDES PRÉPARATOIRES.

Premier cours. — Physique. — Chimie. — Minéralogie. — Botanique. — Zoologie. — Allemand (5).

ÉTUDES MÉDICALES.

Second cours. — 1er groupe : anatomie descriptive (1er cours). Histologie et histochimie normales. — Physiologie humaine, théorique et expérimentale (3).

(Ces études peuvent se faire dans une université espagnole quelconque).

ÉTUDES SPÉCIALES.

Elles se font à l'Ecole d'Odontologie de l'Université de Madrid et durent 2 ans.

1re *Année.*

Odontologie (1er cours), avec sa clinique (anatomie, physiologie, pathologie et thérapeutique dentaire, dentisterie opératoire, hygiène dentaire privée, prothèse dentaire) (1er cours), avec sa clinique (appareils mobiles en caoutchouc et en métal).

Pathologie et thérapeutique appliquées avec pratiques de laboratoire (éléments de pathologie générale), thérapeutique, anatomie pathologique et bactériologie dentaires.

2e *Année.*

Odontologie (2e cours) avec sa clinique (anatomie, physiologie, thérapeutique buccale, complications extraalvéolaires de la carie, hygiène dentaire publique, médecine légale appliquée).

Prothèse dentaire (2e cours), orthodontie avec sa clinique (couronnes et ponts).

***

Les examens portant sur les matières se subissent devant un jury composé de 3 professeurs de l'Ecole.

Les examens de validation comprennent 4 épreuves : un mémoire sur une question de la spécialité, une épreuve pratique de dentisterie opératoire, une de prothèse dentaire, une épreuve orale sur les matières de la spécialité.

Les licenciés en médecine doivent, pour pratiquer l'Odontologie, avoir fait les études spéciales qu'elle comporte.

La profession dentaire étant assimilée aux autres professions nécessitant des études universitaires, l'enseignement se divise, comme pour celles-ci, en *Officiel* et *non Officiel*, et ses examens en *ordinaires* (juin) et *extraordinaires* (septembre).

La seule Université autorisée à enseigner l'Odontologie est celle de Madrid.

L'Ecole d'Odontologie de cette ville compte 5 professeurs, 4 adjoints et 6 assistants.

LE DENTISTE ET L'HOPITAL D'HANOI

Sous ce titre nous relevons dans le Temps *du 24 février* 1920 *une décision du Conseil d'Etat qui intéressera tous nos lecteurs. Elle concerne un de nos confrères de l'A. G. S. D. F., M. Dubouch, de Hanoï, dont nous avons annoncé la mort dans notre numéro de janvier dernier.*

M. Dubouch, dentiste à Hanoï, fut nommé naguère dentiste à l'hôpital de cette ville. Il y exerça ses fonctions en même temps que, dans son cabinet en ville, il soignait les malades ordinaires. Mais sur ces entrefaites, l'Administration estima qu'elle devait donner aux officiers et aux fonctionnaires la possibilité de recevoir gratuitement les soins dentaires, et elle décida qu'ils pourraient s'adresser aux dentistes de l'hôpital.

M. Dubouch a protesté en faisant notamment remarquer que les officiers et fonctionnaires formaient la plus grande partie de sa clientèle privée et qu'on lui causait un préjudice considérable en l'obligeant à les soigner gratuitement, eux et leurs familles. Comme ses émoluments en qualité de dentiste de l'hôpital n'avaient pas été augmentés, il a demandé une indemnité.

Mais le Conseil d'Etat a estimé que l'organisation de ce service gratuit en faveur des fonctionnaires ne portait pas atteinte aux droits du requérant et au principe de la liberté du commerce.

L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

« Le Syndicat des chirurgiens-dentistes des Alpes-Maritimes réuni en assemblée générale, après une discussion sur les illégaux exerçant dans notre cité, décide de mettre en garde le public contre l'exercice illégal de l'art dentaire auquel se livrent certaines personnes qui n'offrent pas la garantie désirable.

» Décidé à sévir de la façon la plus énergique contre cet état de chose regrettable, il invite tous les confrères syndiqués ou non à vouloir bien envoyer au siège du Syndicat, villa Belge, Cercle des Médecins, place Sasserno, leurs noms et leurs adresses afin de permettre la publication de la liste des chirurgiens-dentistes ayant droit d'exercer conformément à la loi. »

(*Eclaireur de Nice*, 7 février 1920.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

EST-CE ENFIN L'UNION ODONTOLOGIQUE ?

Par V. E. MIÉGEVILLE

Tout arrive à point à qui sait attendre. L'union odontologique tentée en 1912 sur l'initiative de l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France[1] eut pour résultat dans la réunion intersociétés tenue à la Mairie du X[e] arrondissement le 31 mars 1912 la création d'un nouveau Groupement : *L'Union Fédérale Dentaire Nationale,* chargée de soutenir les revendications de la profession et d'agir auprès des Pouvoirs Publics pour en obtenir la réalisation.

L'idée était excellente, mais malheureusement cette union fut, pour ainsi dire, mort-née, puisque, de toutes les sociétés convoquées, certaines et non des moindres ne voulurent pas y adhérer, n'ayant pas compris alors ou n'ayant pas voulu comprendre, comme le disait notre éminent Président-Directeur dans son article « L'Union Odontologique [2] », l'intérêt supérieur qu'il y avait à faire à ce moment-là l'union de toutes les forces odontologiques. Malgré nos efforts, l'union tant désirée ne put donc se faire.

De cela voilà huit ans, la terrible guerre a passé et les instincts belliqueux d'alors semblent sérieusement émoussés ; tous rentrés chez nous ou à peu près (car hélas il en est resté sur la brèche et je les salue ici respectueusement) après avoir fait notre devoir, en accomplissant les missions confiées, tous nous désirons entre nous la paix odontologique véritable et féconde, l'union dans la poursuite de nos revendications, dans la défense de nos intérêts professionnels.

On a prononcé l'autre jour au banquet de l'assemblée générale du *Syndicat des Chirurgiens-Dentistes deFrance*[3], auquel j'assistais comme représentant de l'*Odontologie,* des paroles qui m'ont été extrêmement agréables à entendre. D'abord ce fut l'éloge du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, la reconnaissance (c'est la première fois, je crois, depuis bien longtemps) des efforts faits,

1. Assemblée générale du 21 janvier 1912.
2. L'Union Odontologique par Ch. Godon, *Odontologie* du 15 mars 1912.
3. Assemblée générale du Syndicat des Chirurgiens-dentistes de France du 5 janvier 1920.

pendant la guerre, pour vaincre tous les éléments, et ils étaient nombreux, ligués contre notre profession ; ensuite des vœux d'entente et d'union sans réserve entre nos deux Groupements. Mais alors nous voilà revenu huit ans en arrière ; le 31 mars 1912, en effet, nous ne voulions pas autre chose ! Les applaudissements nourris soulevés par ces paroles de notre confrère Bonnard montrent dans leur unanimité que ce désir est sincère et qu'on en comprend enfin partout la nécessité.

M. le Sénateur Ch. Deloncle ensuite s'étendit élogieusement sur les efforts faits et les résultats obtenus aussi par notre Groupement ; mais lui, qui, représentant du Syndicat auprès des Pouvoirs Publics, fut sur la brèche, ne le fit pas sans réserve, car il trouva à juste titre que les résultats obtenus, quoique appréciables, ne sont pas suffisants et il incrimina le manque d'union, le manque d'entente dans la poursuite de nos revendications professionnelles. Il souhaita qu'à l'avenir notre Groupement et le Syndicat des chirurgiens-dentistes unifient leurs efforts pour faire ensemble toutes démarches au sujet des missions qui leur seraient confiées. Cela est très bien, c'est même nécessaire, mais alors devons-nous faire revivre, devons nous faire sortir de ses cendres l'Union Fédérale Dentaire Nationale, véritable *Confédération générale odontologique*, réunissant cette fois-ci *toutes* les Sociétés et dont le Bureau aurait pouvoir de poursuivre nos revendications ? Au contraire, devons-nous rester chacun chez soi comme maintenant et nommer seulement des Commissions mixtes où chaque Société aurait un nombre égal de représentants, suivant le vœu de M. de Croës à l'assemblée générale de l'A. G. S. D. F. de janvier dernier ? Tout cela est à étudier et je n'ai pas qualité ici pour le faire.

Quoi qu'il en soit, un vent d'union souffle, un bon vent, profitons-en, le moment est favorable, car l'heure est grave, unissons toutes nos forces, toutes les bonnes volontés, nous avons encore beaucoup à obtenir. Le spectre de la stomatologie se montre toujours à l'horizon, sans doute est-ce un reste de la guerre, mais n'oublions pas le martyre que nous avons subi, les brimades iniques, les vexations continuelles de galonnés incapables trop souvent, qui ont profité des travaux de leurs sous-ordres [1] pour rehausser leur

---

1. Les dentistes en effet n'étaient que sous-officiers et les quelques rares confrères qui avaient le grade d'officier furent éloignés systématiquement des centres où ils auraient pu être d'une certaine utilité ; quelques-uns même qui dès le début avaient pris l'initiative de constituer des services dentaires de place se virent ravir le fruit de leurs initiatives et de leurs travaux par des stomatologistes souvent aussi incompétents qu'audacieux.

piédestal, accaparant des postes qui revenaient légitimement aux chirurgiens-dentistes, quand la médecine générale et la chirurgie qui manquaient de bras les appelaient ; les voilà maintenant se redressant comme dans un rush final contre le doctorat en chirurgie dentaire, que la logique cependant réclame. Mieux encore, ils demandent la suppression du titre de chirurgien-dentiste. Combien sont-ils ? 500 à peine, nous plus de 5.000. Unissons-nous donc dans cette lutte défensive et nous serons près du triomphe, la vérité est en marche. Notre ténacité a bien vaincu le Boche, notre cause est aussi bonne, c'est celle du droit et de la justice ; nous devons vaincre aussi.

Nous devons obtenir, avec le baccalauréat comme base, le titre universitaire de *docteur en odontologie*, consécration de nos cinq années d'études spéciales. La France n'est-elle pas le seul pays ayant une scolarité aussi longue et des études spéciales aussi sérieuses ? Pourquoi ne l'aurions-nous pas, les pharmaciens l'ont bien ? Ce n'est d'ailleurs que l'apanage de quelques-uns.

Mais ce n'est pas tout : il est d'autres questions aussi brûlantes, d'autres revendications communes sur lesquelles nous devons être tous d'accord : l'exercice illégal, danger public toujours croissant, surtout depuis la guerre, danger qu'il est de notre devoir de juguler énergiquement en réclamant la révision de la loi et l'application sévère des sanctions, pour maintenir nos droits absolus sur l'exercice de la chirurgie et de la prothèse dentaires, tels que nous les a conférés la loi de 1892 en créant le diplôme officiel de chirurgien-dentiste. C'est encore la suppression des dispenses et équivalences surtout à des étrangers non qualifiés, la question des loyers, de l'impôt sur le revenu et des bénéfices de guerre, etc.

Nous voulons voir le calme revenir dans nos rangs, nous voulons la paix odontologique pour la défense de nos intérêts communs, et nous ne pouvons l'obtenir que dans l'union de toutes les bonnes volontés pour une action défensive commune.

N'oublions pas que toute idée de paix réelle est établie sur les forces et leur utilisation, nous en avons tous les jours la preuve.

Si vis pacem, para bellum !

L'INDUSTRIE DENTAIRE EN FRANCE

Dans notre numéro du 2 octobre dernier, sous ce titre « Une industrie à créer », un de nos correspondants attirait l'attention de nos lecteurs sur ce fait que les articles employés par les

dentistes provenaient presque tous de l'étranger, et il demandait si ces articles ne pouvaient être fabriqués en France.

Cette information nous a valu de nombreuses lettres. Un de nos lecteurs répond que l'industrie dentaire est enfin créée, et qu'il s'est efforcé, pendant la guerre, de rétablir la fabrication des dents qui n'avait jamais pu se développer en France, de même que certaines fournitures, telles que les amalgames dentaires, les ressorts, porte-ressorts, succions, etc..., fournies avant la guerre par l'Allemagne.

Un autre de nos lecteurs, qui fabrique également de nombreux articles pour dentistes, se plaint des tarifs douaniers. Ainsi, dit-il, pour entrer 2.428 francs de tire-nerfs en France, l'étranger paye 8 fr. 50 de droits, alors que l'Angleterre et l'Amérique, sachant que nos articles écraseraient les leurs, nous rendent toute importation difficile.

Nous avons contre nous la routine, beaucoup de dentistes préférant acheter nos articles sous des marques de maisons étrangères.

Souhaitons que cette industrie se développe de plus en plus en France, afin que nous cessions d'être tributaires de l'étranger. Mais une revision des tarifs douaniers s'impose.

(*Exportateur français*, 16 novembre 1919.)

L'ÉCOLE RACHEL, ÉCOLE GRATUITE D'APPRENTISSAGE POUR FEMMES

La Prothèse dentaire à l'Ecole Rachel.

Dans l'île St-Louis, 15, quai Bourbon, en plein Vieux-Paris calme, sympathique et reposant, s'élève un spacieux hôtel du XVIIe siècle. Il a fort grand air. C'est là qu'un jeune ménage de philanthropes parisiens, M. et Mme Léonard Rosenthal, a installé l'Ecole Rachel.

J'y suis allé il y a quelques jours. J'avais entendu parler de cette école gratuite d'apprentissage pour femmes ; je savais que la prothèse dentaire y était enseignée et j'étais curieux de me rendre compte. J'ai eu la chance d'être reçu par Mme Rosenthal, qui a assumé la direction de l'école ; elle a bien voulu m'en faire visiter tous les services. « La main-d'œuvre féminine, me disait-elle, n'étant pas ou étant à peine organisée en France, les femmes en sont réduites à choisir quelques métiers tels que couture,

mode, enseignement; ceux-ci sont encombrés, donc insuffisamment rémunérateurs. Mon mari, en fondant l'Ecole Rachel en 1916, a voulu prouver et prouve qu'elles peuvent apprendre d'autres métiers qui leur sont facilement accessibles et leur assurent rapidement une situation stable, sans morte-saison, avec un salaire suffisant et une parfaite indépendance morale ».

Une femme, que les circonstances économiques actuelles obligent à chercher une situation, ne doit ignorer ni l'existence de l'Ecole Rachel, ni son esprit, son programme, ses conditions de travail, ses débouchés pour l'avenir. Nous autres dentistes, qui dans nos clientèles, dans nos services divers, voyons toutes les classes de la société et connaissons tant de misères, nous sommes bien placés pour donner un conseil, une direction ; c'est pourquoi je m'adresse ici, dans un but de vulgarisation, aux nombreux lecteurs du journal *L'Odontologie.*

L'Ecole Rachel comprend deux sections, l'une n'exigeant pas d'études préalables, l'autre réclamant un certain degré d'instruction.

La première section comporte :

Le bobinage électrique. — Fabrication de bobines de petit modèle pour appareils télégraphiques ou téléphoniques et d'induits pour moteurs ; la durée du stage est de 4 mois, soit 100 jours de présence ; puis les élèves sont placées dans des usines d'outillage électrique.

Le garnissage orthopédique. — Rembourrage, capitonnage, collage, piqûre sur peau de chamois et cuir, pour membres artificiels ; durée du stage 6 mois, soit 150 jours de présence ; puis les élèves sont placés chez des façonniers pour acquérir l'habileté qui leur permettra le travail à domicile.

La prothèse dentaire. — Après 8 mois, soit 200 jours de présence, les élèves sont placées chez des confrères. Je vais y revenir dans un instant.

La deuxième section comporte :

La retouche photographique. — Retouche du cliché photographique et de l'agrandissement ; il faut au préalable une connaissance approfondie du dessin, laquelle est vérifiée par un examen d'admission ; durée du stage 6 mois ; les élèves sont placées soit chez un retoucheur, soit chez un photographe ; elles peuvent travailler à domicile.

Les calques pour l'architecture et le dessin industriel. — Le brevet élémentaire et des notions de dessin sont exigés ; durée

du stage 6 mois; les élèves sont placées comme dessinatrices chez des architectes ou dans des usines.

Les manipulations de chimie. — Le brevet supérieur est exigé ; il y a un examen d'admission et un examen de sortie ; durée du stage 5 mois ; les élèves sont placées comme aide-chimistes dans des laboratoires de chimie industrielle, pharmaceutique ou alimentaire, ou comme manipulatrices dans des écoles.

La création d'autres apprentissages est à l'étude. — Tel celui de la sténographie qui va commencer ; le stage sera de 3 mois.

Les élèves n'ont à fournir aucun instrument ; tout le matériel nécessaire est mis à leur disposition par l'école. Elles sont externes ; la journée est d'environ huit heures. Le déjeuner est fourni, à des conditions modestes, par un restaurant voisin ; les femmes nécessiteuses reçoivent gratuitement le déjeuner et le goûter ; elles peuvent également obtenir des bourses ou des allocations.

Les veuves de guerre bénéficient pour l'admission d'un tour de faveur et reçoivent de l'Etat, pendant la durée de l'apprentissage, une subvention de 6 fr. par jour.

L'Ecole assure le placement des élèves.

Telles sont les dispositions générales utiles à connaître.

Je me suis plus spécialement intéressé à l'atelier de prothèse. La propreté, l'ordre, le sérieux, la discipline, qui y règnent, sont tout à fait impressionnants et permettent de réaliser dans un minimum de temps un programme très chargé. Dix-neuf élèves, de force variable, y travaillent actuellement. Elles sont placées sous la direction d'une mécanicienne aussi dévouée que compétente. La plupart des travaux, que j'ai vus terminés ou sur le point de l'être, sont supérieurs à beaucoup de ceux que nous examinons à la validation de stage et que nous déclarons satisfaisants[1].

Les élèves sont entraînées à l'usage de la presse et de la fronde. Quelques-unes, très douées, m'ont paru d'une habileté surprenante.

85 mécaniciennes sont sorties de l'Ecole Rachel et ont été placées ; d'ailleurs, seules, le sont par les soins de l'Ecole celles qui, durant tout l'apprentissage, ont donné toute satisfaction. Il n'y a eu jusqu'à ce jour que six mauvaises recrues ; elles ont été ren-

---

1. La section de prothèse dentaire fut créée avec le concours d'un des membres du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, qui fut chargé de la direction technique de ce laboratoire. Ce fut une des nombreuses œuvres de guerre dont l'Ecole dentaire de Paris s'occupa.

voyées. Malheureusement pour le bon renom de l'Ecole elles ont trouvé à se caser.

Voilà donc une œuvre utile qui fait le plus grand honneur à M. et à Mme Rosenthal. J'ai retrouvé dans l'Ecole, qu'ils ont fondée et qu'ils font vivre, cette ambiance réconfortante de générosité intelligente et active, analogue à celle de nos réunions de l'*Aide confraternelle.* Nos confrères, qui les fréquentent, comprendront bien ce que je veux dire. M. et Mme Rosenthal sont, pour les femmes qu'ils vont rendre à la vie indépendante, ce qu'est notre bon Fontanel pour les dentistes victimes de la guerre et pour leurs familles.

Mes chers confrères, unissez dans votre pensée l'Ecole Rachel et notre *Aide confraternelle* ; celle-ci, vous la soutenez par vos dons ; à celle-là donnez l'encouragement de votre visite [1] et de votre sympathie agissante.

Dr Frey.

---

1. Mme Rosenthal vous recevra, 15, quai Bourbon, les mardis et vendredis, de 14 à 17 heures.

CONGRÈS DE STRASBOURG

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.).

Section d'Odontologie.

Le 12 janvier dernier, le docteur Vichot (de Lyon) s'est rendu à Strasbourg en vue d'organiser le Comité local de la Section d'Odontologie du Congrès de l'A. F. A. S. qui doit se tenir dans cette ville du 26 au 31 juillet 1920.

Une quarantaine de confrères d'Alsace et de Lorraine étaient présents et, après avoir fait nommer un président de séance M. Wagner, le Dr Vichot a prononcé les paroles suivantes :

Messieurs et chers confrères,

Laissez-moi tout d'abord vous remercier pour l'empressement que vous avez mis à répondre à mon appel et de vous être dérangés si nombreux ce soir. Je n'espérais pas un pareil auditoire et pourtant l'accueil qui m'avait été fait en 1919, lors de mes premiers voyages, me faisait présager votre empressement à tous.

Je tiens encore à dire ici aux confrères que j'avais eu l'occasion de voir il y a quelques mois, combien le zèle qu'ils ont déployé et la propagande qu'ils ont faite pour le Congrès m'ont été précieux.

J'espère donc que vous me donnerez des adhésions nombreuses et que vous m'apporterez les résultats de vos travaux.

Je suis chargé aussi de vous souhaiter la bienvenue dans notre grande famille professionnelle française et de vous dire combien nous sommes heureux et honorés de vous voir enfin parmi nous.

Je veux maintenant en quelques mots vous expliquer ce que c'est que l'Association française pour l'avancement des sciences. Cette Association a été fondée en 1864 par Le Verrier et fusionnée avec l'Association scientifique de France. Ses Congrès ont pour but la publication annuelle des résultats des travaux de l'année courante dans toutes les branches scientifiques. Ils ont lieu chaque année dans une ville différente et à l'intérêt des séances s'ajoute l'attrait des excursions, des visites dans les usines, etc... Un volume de comptes rendus de toutes les sections est adressé à tous les membres adhérents du Congrès.

La présidence générale est donnée généralement à un savant connu, souvent à un membre de l'Institut, et les pouvoirs pu-

blics : Préfecture, mairie, facultés, lycées, etc... s'intéressent vivement au succès du Congrès et y contribuent dans leur sphère.

Les sections sont au nombre de 20, mais c'est de la 14e, de la Section d'Odontologie, que je veux vous parler. Elle a été fondée en 1901 comme 20e sous-section et le 1er Congrès, auquel nous avons pris part, a été celui d'Ajaccio sous la présidence du Dr Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris ; puis, en 1905, au Congrès de Cherbourg, sous la présidence du docteur Frey, nous avons été jugés suffisamment importants pour devenir 14e section. Depuis cette date jusqu'en 1914, l'intérêt et l'importance de ces réunions n'ont cessé de grandir et je voudrais qu'après son inaction de six ans, notre section se montrât cette année particulièrement brillante.

Le dernier Congrès a eu lieu au Havre en 1914, à la veille de la guerre, alors que tout le monde croyait à la paix. Au milieu des travaux scientifiques se déchaîna comme un coup de foudre la terrible tragédie mondiale que vous, Alsaciens-Lorrains, avez vécue sous la botte allemande avec l'anxiété de savoir sous quel régime votre cher pays serait placé à la fin du conflit. Enfin vint l'heure de la paix et la grande injustice de 1870 fut réparée par votre retour à la mère Patrie après un demi-siècle de séparation.

Il est donc nécessaire de travailler et de montrer au monde étonné la vitalité de la France et de la science française. Il faut continuer l'union sacrée par le travail pour reconstituer notre chère Patrie tant meurtrie par l'horrible tragédie déchaînée par le besoin et le désir d'hégémonie du peuple d'outre-Rhin.

Au point de vue social comme au point de vue scientifique, le peuple français tout entier par ses réserves d'énergie insoupçonnées — il l'a prouvé en maintes circonstances au cours des siècles passés — saura se relever rapidement des désastres dont il a souffert.

Je compte sur vous tous pour affirmer dans notre sphère professionnelle par des adhésions nombreuses que notre section d'Odontologie de l'A. F. A. S. marche toujours en avant pour l'avancement des sciences.

Notre section, à la réunion de 1920, doit continuer la tradition qu'elle a établie d'une section de travail. Son but est de nous connaître, nous apprécier et nous estimer tous en faisant profiter la profession des observations, recherches et découvertes que nous avons pu faire pendant l'année précédente. Je ne doute pas que vous ne veniez nombreux nous communiquer le résultat de vos travaux et vous aurez montré une fois de plus votre attachement inébranlable à la France en contribuant à l'avancement de la science française.

Je suis venu vous faire ce pressant appel auquel vous répondrez, j'en suis sûr, votre empressement de ce soir me le prouve, et aussi pour provoquer la constitution d'un comité local chargé de l'organisation matérielle du Congrès et de la réception des congressistes à Strasbourg.

J'arrive de Paris où, à la réunion de la Société d'Odontologie, j'ai reçu l'accueil le plus chaleureux. J'y ai vu des confrères de l'héroïque Belgique, victime du manquement à la parole donnée ; je les ai invités à notre Congrès ; ils y viendront nombreux.

Nos confrères de tous les coins de la France se réjouissent de venir visiter votre belle ville et l'ensemble de nos chères provinces d'Alsace et de Lorraine que pendant 48 ans nous avons toujours regardées avec amour et que peu connaissent. Vous leur montrerez par votre accueil proverbial le charme de votre beau pays.

Le compte rendu de notre réunion de ce soir sera publié dans nos revues professionnelles et nos confrères de la France entière sauront quel a été votre empressement à répondre à mon appel. Je suis charmé de votre accueil, je vous dis encore merci et vous donne rendez-vous en juillet.

Après l'allocution du Dr Vichot, il est procédé par vote à la constitution du Comité local. Les résultats sont les suivants :

Président : M. A. Levy, président du Syndicat des dentistes d'Alsace et de Lorraine.

Membres : M. le Dr Lickteig, M. le Dr Hammann, M. Paul Spira, M. Gustave Wagner, M. Louis Wendel, M. Wisner.

Le Président du Comité local remercie le Dr Vichot en quelques paroles très aimables d'avoir bien voulu venir leur parler du Congrès, auquel ils adhèrent de tout cœur, et l'assure de la joie qu'ils auront à recevoir en juillet prochain tous les membres de la grande famille professionnelle française.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

MANIFESTATION DE SYMPATHIE EN L'HONNEUR DE M. BLATTER

I. — Remise de la Croix de la Légion d'honneur.

Ainsi que nous l'avons annoncé, la croix de chevalier de la Légion d'honneur a été remise officiellement à M. Blatter le jeudi 25 mars, à 10 h. 1/2 du matin, à l'Ecole dentaire de Paris.

La cérémonie, très simple et très courte, mais en même temps très touchante, a eu lieu dans la salle Lecaudey, dont une estrade, construite pour les besoins du service, occupe la plus grande partie. Sur cette estrade, qui est entourée d'une balustrade, avaient pris place M. l'amiral Lacaze, ancien ministre de la Marine, créateur des dentistes de l'armée de mer, délégué par le grand chancelier de la Légion d'honneur, M. Justin Godart, député du Rhône, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de santé de la guerre, créateur des dentistes de l'armée de terre, le Conseil d'Administration, le corps enseignant, les membres honoraires de l'un et de l'autre, un certain nombre de confrères et la famille de M. Blatter. Autour de la balustrade, tous les élèves en tenue de travail et le personnel de l'Ecole.

Le directeur de l'Ecole, M. Godon, prononça d'abord le discours que nous reproduisons plus loin et qui fut salué de vifs applaudissements ; l'amiral Lacaze y répondit par les paroles que nous reproduisons également, et, lorsqu'il épingla à la boutonnière de M. Blatter la croix de chevalier, en lui donnant l'accolade, une salve nourrie de bravos éclata et se prolongea un certain temps. Ces applaudissements répétés se renouvelèrent lorsque le nouveau légionnaire prononça son allocution de remerciments, en proie à une vive émotion.

Une coupe de champagne offerte aux invités termina la cérémonie.

Allocution de M. Godon, directeur de l'Ecole.

Monsieur le Ministre,

C'est un grand honneur pour l'Ecole dentaire de Paris et pour ses

administrateurs de recevoir votre visite et de vous souhaiter la bienvenue, surtout dans une circonstance comme celle-ci.

Aussi vous prierons-nous d'agréer tous nos remerciements pour avoir bien voulu, par sympathie et même par amitié pour notre excellent collègue M. Blatter, venir lui remettre vous-même les insignes de la distinction et de la récompense que vous avez puissamment contribué à lui faire conférer.

Nous profitons de cette occasion pour vous exprimer à nouveau toute notre reconnaissance d'avoir créé le corps des dentistes de la Marine, auxquels vous avez, par votre décret du 1er mars 1916, conféré le rang d'officier. Nous nous félicitons de ce que vous ayez choisi, pour apporter au nouveau légionnaire la croix qu'il a si dignement méritée, les services mêmes de cette Ecole où depuis 20 ans il a dépensé tant d'activité et de dévouement.

C'est son principal théâtre d'action et c'est pour cela que vous lui avez donné la préférence. Comme président-directeur de cette Institution, j'en suis particulièrement fier et je puis vous affirmer que tous mes collègues, administrateurs ou membres du corps enseignant, et tous les élèves en sont heureux et vous en remercient, ainsi que l'honorable M. Justin Godart, qui a voulu par sa présence nous faire le grand honneur de s'associer à cette cérémonie intime.

Je tiens à lui renouveler, au nom de tous, l'expression de nos sentiments bien reconnaissants pour la création du statut des dentistes militaires français et l'appui bienveillant qu'il nous a toujours donné pendant sa présence à la tête du Service de santé de l'armée.

Je ne puis laisser passer cette manifestation sans assurer notre ami Blatter de la gratitude de tous pour son excellente et constante collaboration, pour son dévouement incessant à toutes nos œuvres, à tous nos services, à toutes les formes d'activité des diverses branches de notre Ecole et de notre Groupement professionnel. Nous nous proposons du reste, comme vous le savez, monsieur le Ministre, de célébrer demain, suivant l'usage, ces vingt années de coopération intense, ainsi que la récompense qui les couronne, dans une fête dont nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence et qui nous permettra d'exprimer à M. Blatter les sentiments reconnaissants dont nous sommes tous animés à son égard.

Allocution de M. l'Amiral Lacaze.

Je suis heureux d'avoir été choisi pour remettre à M. Blatter cette croix que le ministre de la Marine lui attribue en témoignage des services rendus à la Défense nationale au cours de la guerre.

M. Blatter a été l'âme de la création des chirurgiens-dentistes de l'armée et de la marine et c'est grâce à son dévouement si éclairé que nous avons pu constituer ce corps auquel nous devons tant.

C'est donc nous, militaires et marins, qui devons vous remercier et

c'est pourquoi j'ai tenu à choisir, pour cette cérémonie, votre Ecole, afin d'y apporter le témoignage que, dans cette guerre, où tous ont fait leur devoir, nul ne l'a rempli plus complètement et plus utilement que vos jeunes gens dans la tâche considérable qui leur incombait.

Monsieur Blatter, au nom du Président de la République et en vertu des pouvoirs qui nous sont conférés, nous vous faisons Chevalier de la Légion d'honneur.

Réponse de M. Blatter.

Malgré la profonde émotion qui s'empare de moi et qui m'étreint, je ne puis laisser se terminer cette imposante manifestation sans adresser à l'Amiral Lacaze mes sincères remerciements.

Votre présence ici, monsieur le Ministre, est un grand honneur pour l'Ecole dentaire de Paris.

En plaçant sur ma poitrine la croix que vient de me conférer le Gouvernement de la République, vous avez voulu témoigner la reconnaissance des Pouvoirs publics envers cette école qui a tant fait pour la défense nationale.

Je suis fier et particulièrement heureux de saluer le ministre de la Marine et le ministre du Service de santé militaire, les défenseurs de notre cause, et de leur exprimer toute mon affection et la gratitude des dentistes des armées de mer et de terre.

La profession entière vous doit une éternelle reconnaissance pour la situation que vous avez faite aux chirurgiens-dentistes : par vos décrets de février et de mars 1916 vous avez créé le précédent qui a fait aboutir la loi du 18 octobre 1918, constituant le statut des dentistes militaires.

Les noms de l'amiral Lacaze et de Justin Godart resteront gravés dans le livre d'or de la profession.

Merci à vous, mon cher directeur, de vous être associé à cette cérémonie. Personne mieux que vous ne peut apprécier le beau geste de l'amiral Lacaze : c'est votre École, c'est votre œuvre fondée par vous il y a 40 ans, qu'il vient récompenser aujourd'hui.

Les belles paroles que vous venez de m'adresser au nom du groupement sont pour moi la preuve d'une longue et intime collaboration.

Il y a 24 ans que je suis entré dans cette maison, que j'y ai vécu — je m'y suis donné entier et journellement par devoir, par amour et par reconnaissance professionnels. Aussi je forme les vœux d'y demeurer longtemps encore pour travailler dans l'intérêt général de la collectivité.

Soyez, je vous prie, cher directeur, mon interprète auprès de mes confrères en les assurant de ma vive gratitude.

Enfin dans un sentiment de profonde émotion, je vous dis à tous, à vous Messieurs les ministres, à mes collègues du corps enseignant, à mes confrères, à mes élèves, à mes amis, merci, merci, merci du fond du cœur !

Par votre présence vous avez tenu à prouver toute l'admiration, tout le dévouement que vous avez pour l'Ecole dentaire de Paris qui est l'Alma mater de la profession.

II. — Banquet.

Le vendredi 26 mars, avait lieu à 7 heures et demie du soir, au Palais d'Orsay, un banquet organisé par le Groupe des amis des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'A. G. S. D. F.

Il était présidé par l'amiral Lacaze, assisté de M. Justin Godart.

La table, en forme de trident, comptait 117 convives, dont un certain nombre de dames

Au dessert, M. Henri Villain, secrétaire du Groupe des amis, donna d'abord lecture de cartes, lettres ou télégrammes d'excuses de MM. Desplas, ancien député ; Gernez et Retterer, professeurs à l'Ecole ; Davenport, Eudlitz, Frey, Harwood, Jouard, G. Lemerle, Sauvez, Solas.

Puis le Directeur de l'Ecole, *M. Godon*, prononça un discours, au cours duquel il remit à M. Blatter, un chronomètre, au nom du Conseil d'administration et à titre de souvenir.

M. H. Villain prononça quelques paroles et fit remise à M. Blatter, au nom du Groupe des amis, de l'insigne (croix de la Légion d'honneur en réduction, avec diamants) offert par souscription.

Des applaudissements prolongés accueillirent ces deux dons, qui provoquèrent une véritable ovation.

Des allocutions furent alors prononcées par MM. *Pont*, au nom de l'Ecole dentaire de Lyon ; *G. Viau* ; *Rodolphe*, au nom de l'Ecole Odontotechnique ; *P. Martinier*, *Roy*, *Fouques*, *Alexandre* et *Garcia Rams*.

M. Blatter, avec une voix étranglée par l'émotion, répondit à tous.

M. Justin Godart prit ensuite la parole ; *M. Debray* (Albert) lui succéda et l'amiral *Lacaze* termina par quelques mots.

Entre temps, la remise à Mme Blatter d'une superbe corbeille de fleurs avait été l'objet d'une nouvelle ovation.

Dans la pensée de faire bénéficier de la manifestation les dentistes victimes de la guerre, il fut fait, au profit de l'*Aide confraternelle*, par Mlle Villain, une quête qui produisit 1.000 fr.

Discours de M. Godon.

Messieurs les Ministres,

Hier matin, dans une cérémonie intime des plus touchantes, consacrée à la remise de la croix de la Légion d'honneur à notre ami

Blatter, je vous adressais, à vous, monsieur l'amiral Lacaze, et à vous, monsieur Justin Godart, nos remerciements sincères au nom de l'Ecole dentaire de Paris et des différentes branches de notre Groupement pour votre heureuse action sur notre évolution.

Permettez-moi de vous les renouveler, Messieurs les Ministres, vous qui êtes tous les deux les créateurs du statut militaire des dentistes français.

Nous sommes particulièrement heureux d'avoir cette nouvelle occasion de vous exprimer à tous deux en même temps et publiquement notre profonde gratitude.

Ce statut, qui régit notre situation dans l'armée de terre et dans l'armée de mer, est une reconnaissance officielle par les pouvoirs publics de l'utilité sociale du chirurgien-dentiste. Quoique venu longtemps après celui des autres nations, ce statut a été salué avec joie par la profession, car il complète heureusement une période importante de notre évolution, qui a été commencée, il y a 40 ans, par la fondation de nos premiers groupements professionnels et de la première école dentaire française, et qui est déjà assurée, au point de vue de l'exercice et de l'enseignement, par la loi de 1892 et les décrets de 1893 et du 11 janvier 1909.

On peut dire que cet ensemble de lois et décrets constitue une véritable charte du chirurgien-dentiste français. Bien que cela ait été dit hier, je tiens à rappeler encore le grand rôle qu'a joué dans cette évolution l'excellent collègue que nous fêtons ce soir, comme nous serons heureux de fêter le mois prochain les nombreux confrères qui, par les services qu'ils ont rendus durant cette dernière guerre, ont jeté un nouvel éclat sur notre profession et en ont reçu la juste récompense de leur mérite : tous le savent ici et ailleurs, M. l'amiral Lacaze et M. Justin Godart mieux que personne, puisqu'ils ont bien voulu le recevoir au Ministère, un grand nombre de fois à ce sujet.

Dans une allocution que M. Blatter prononçait, comme délégué des élèves de l'Ecole dentaire de Paris, le 29 octobre 1899, en une circonstance analogue, dont je me souviens avec émotion, et où celui qui a le plaisir de vous parler en ce moment était fêté lui-même pour le même motif, il me disait : « Il faut à la Patrie des héroïsmes de tous les genres ! » M. Blatter a eu un de ces héroïsmes, et c'est pour cela qu'il en est récompensé.

Quelle carrière bien remplie que la sienne en ces 20 ans !

Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris en 1899, il entre la même année dans notre corps enseignant comme aide de clinique et est successivement appelé à en remplir les différents postes : chef de clinique, professeur suppléant et professeur (1910).

Ses fonctions administratives sont nombreuses ; aussi ne citerai-je que les principales : membre de nos Conseils d'Administration de l'Ecole et de l'Association en 1902 ; secrétaire général, vice-président et président de la Société d'Odontologie ; secrétaire général, vice-président, président de l'Association générale ; secrétaire de la rédac-

tion du journal *L'Odontologie* ; vice-président, puis président de la Fédération dentaire nationale depuis 1912; directeur-adjoint de l'Ecole dentaire depuis 1911 et, pendant la guerre, vice-président du Congrès dentaire interallié de 1916.

Ces diverses fonctions ne l'empêchent pas d'assurer, pour le compte de l'Administration générale de l'Assistance publique, les services dentaires du sanatorium d'Angicourt (1907 à 1914), de l'Ecole des infirmières de la Salpétrière (1908 à 1914), de l'hôpital Cochin et de l'hospice de Brévannes.

Je ne parle que pour mémoire de ses communications scientifiques à la Société d'Odontologie et de ses articles dans *L'Odontologie.*

Tous ces titres justifient amplement la récompense qu'il a reçue. Celui qui les possède est sympathique à tous, serviable, généreux et modeste; aussi cette décoration a-t-elle rencontré une approbation unanime que nous sommes heureux de traduire et de souligner.

Après avoir félicité le héros de cette fête, nous serions des ingrats si nous n'associons pas à ces félicitations Mme Blatter et toutes les dames qui ont ajouté le charme de leur présence à l'éclat de cette soirée. Elles ont droit, elles aussi, à nos remerciements, petite compensation du sacrifice qu'elles font des heures consacrées par leurs maris à nos œuvres professionnelles et qui sont autant d'heures enlevées à la vie de famille.

Je veux, avant de terminer, saluer nos collègues, les représentants de nos principaux groupements : comme Pont, de Lyon ; Rodolphe, venus pour se joindre à nous et faire de cette réunion une véritable fête de la reconnaissance professionnelle.

Je dois féliciter aussi ceux qui l'ont organisée et en particulier mon cher ami Henri Villain, qui est passé maître en la matière. C'est grâce à eux que nous pouvons dire à Blatter ce que nous avons au fond du cœur : l'amitié pour sa personne et notre gratitude pour son œuvre, que nous lui souhaitons de continuer encore longtemps au milieu de nous pour le bien de l'Ecole, de nos sociétés et de la profession.

Permettez-moi, mon cher Blatter, de vous remettre, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, ce souvenir qui vous rappellera à vous et à votre famille, les sentiments de la profession à votre égard.

Allocution de M. Henri Villain.

Mon cher Blatter,

Comme secrétaire du Groupe des Amis des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et de l'Association générale syndicale des dentistes de France, j'ai le grand plaisir de vous remettre, au nom de vos confrères et de vos amis, une réduction de la décoration qui vous a été conférée, et qu'il vous sera plus aisé de porter que la croix elle-même.

Nous aurions désiré organiser une manifestation plus nombreuse et plus imposante pour vous prier d'accepter ce souvenir, et cela ne nous aurait pas été difficile, en raison de l'empressement de chacun, à prendre part à cette démonstration de confraternité. Mais connaissant votre

modestie exagérée, nous avons craint de la mettre trop rudement à l'épreuve et nous avons préféré nous tenir dans les limites d'une manifestation de caractère amical et intime.

Votre collègue depuis 15 ans dans nos groupements, j'ai pu apprécier votre activité, votre dévouement, votre conscience, votre serviabilité, votre indulgence et même votre bonté. Sachant ce que vous avez fait, je suis heureux que les Pouvoirs publics l'aient reconnu et vous en aient récompensé. Tous ceux qui sont ici, et tous ceux qui n'ont pu y venir, mais qui m'ont écrit pour se joindre à nous de cœur, le savent aussi et trouvent qu'on ne le proclamera jamais assez haut ; ils sont unanimes à manifester leur contentement d'une distinction si bien placée.

Nous sommes heureux aussi de pouvoir associer à cette petite fête de sympathie votre famille, et en particulier votre affectueuse épouse. On peut dire d'elle que, si elle a été à la peine, elle est aujourd'hui à l'honneur. Honneur bien mérité et joie bien grande pour elle, qui doivent dans une certaine mesure lui faire oublier les soirées répétées, incessantes, où nous lui enlevons son cher mari pour qu'il se consacre, — le soir aussi, ce n'est pas assez du jour — à nos affaires professionnelles. Qu'elle veuille bien nous pardonner et excuser cet accaparement nécessaire; elle voit qu'il a porté ses fruits.

Nous la prions d'accepter cette corbeille de fleurs comme un hommage de reconnaissance et un très modique tribut de notre admiration pour son esprit de sacrifice au profit de nos groupements et de notre profession.

Allocution de M. Pont (de Lyon).

L'Ecole dentaire lyonnaise nous a délégués, le Dr Vichot et moi, tout d'abord pour montrer à un point de vue général que tout ce qui intéresse l'Ecole dentaire de Paris ne saurait nous être étranger, et aussi, à un point de vue plus particulier, pour apporter à l'ami Blatter, votre directeur adjoint, notre affectueux témoignage d'admiration.

Tous les dentistes lyonnais, et je crois pouvoir dire tous les dentistes français, se sont réjouis de la distinction dont vous venez d'être l'objet. Derrière votre char de triomphe, on n'entend aucune voix, ni aucune note discordante. Notre amitié date déjà de vingt ans ; plus on vous a connu, plus on vous estime. Je n'ajouterai rien de plus et d'ailleurs que pourrais-je dire, après tous les éloges qu'on vous a prodigués avec raison hier et aujourd'hui ?

Je souhaite que d'autres confrères reçoivent bientôt la récompense que méritent leur science et leur dévouement ; aussi je compte revenir bientôt au milieu de vous et je bois à la santé du nouveau Chevalier et à la prospérité, toujours croissante, de l'Ecole dentaire de Paris.

Allocution de M. G. Viau.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, mon cher Blatter,

D'autres ont énuméré ce soir les services que vous avez rendus à

l'Ecole dentaire de Paris. Ils vous ont dit ce que nous pensons tous, notre admiration pour votre caractère, ils ont rappelé votre bonté qui ne se dément jamais et ont fait valoir votre dévouement aux intérêts professionnels pour lesquels vous vous dépensez sans compter.

En ce qui me concerne, je tiens à déclarer que vous incarnez surtout à mes yeux le mérite le plus rare, celui que les plus anciens de notre groupement désiraient voir se généraliser : l'attachement de l'ancien élève à l'institution dans laquelle il a fait ses études.

Nous voyons trop souvent les jeunes confrères, une fois partis, se détacher de l'*Alma mater* et rester indifférents à nos luttes pour le progrès de notre profession.

Vous faites partie, cher ami, d'une génération plus jeune que celle qui a fondé notre Ecole. Il est compréhensible que cette dernière génération reste fidèle à son œuvre ; cet attachement s'explique tout naturellement. Mais, en ce qui vous concerne, il est de notre devoir de le faire remarquer.

Nous nous souvenons de vous ici — un étudiant modèle — vous n'étiez plus tout jeune, et il eût été excusable pour vous de chercher avant tout les résultats pratiques, le succès dans la clientèle. Ce n'est cependant pas ce que vous avez fait. Votre diplôme obtenu, vous avez pensé qu'il y avait pour vous un beau devoir à remplir : prendre place dans le rang des hommes de bonne volonté qui assurent le fonctionnement de l'administration et la direction de l'enseignement technique de cette Ecole. Par un travail assidu, vous avez occupé graduellement de nombreux postes dans cette maison, et avec une modestie qui est spéciale à votre caractère vous occupez aujourd'hui la fonction la plus élevée dans laquelle vous déployez les aptitudes les plus parfaites.

C'est pourquoi, selon moi, vous êtes le plus bel exemple que l'on puisse donner à la jeunesse — et c'est pour cela que ce soir nous nous sommes réunis autour de vous pour vous témoigner notre affectueuse amitié, et nous réjouir d'une distinction qui n'a jamais été décernée d'une façon plus juste ni mieux méritée.

Allocution de M. Rodolphe.

L'Association odontotechnique ne saurait rester indifférente non plus au motif de la cérémonie qui nous réunit ce soir. Nous vous fêtons comme nouveau chevalier de la Légion d'honneur, mon cher Blatter, c'est entendu, mais si nous sommes tous si particulièrement heureux de cette marque de distinction gouvernementale, c'est qu'elle atteint un de ceux qui sont les plus dignes de notre sympathie, de notre amitié.

Nous n'avons eu que rarement l'occasion de collaborer ensemble ; mais, comme je le disais lors de la cérémonie de retraite de notre confrère respecté Lemerle, nos institutions suivent depuis près de 40 ans sur les deux rives de la Seine une marche parallèle dans la voie de l'odontologie.

Il s'en faut de beaucoup que leur accord ait toujours été parfait ;

mais, depuis quelques années, je constate que l'harmonie semble de plus en plus s'établir entre elles.

C'est que les rapports interscolaires sont devenus de plus en plus fréquents ; que nos sociétés professionnelles se sont de plus en plus rapprochées et qu'enfin nous nous sommes connus. C'est là un axiome : pour s'apprécier il est d'abord indispensable de se connaître.

Comme M. Lemerle, mon cher Blatter, vous avez été l'artisan dévoué de cette union plus intime ; votre amabilité constante, votre éducation supérieure vous ont conquis tous les suffrages.

J'ai apprécié personnellement votre bonne confraternité tant à mon point de vue particulier dans des circonstances que vous vous rappelez peut-être que dans les réunions professionnelles ; et, si j'ai le devoir aujourd'hui de vous féliciter au nom de l'Association Odontotechnique je vous assure que ce devoir m'est un plaisir, vu la sympathie personnelle que vous m'avez toujours inspirée.

Je lève mon verre à l'odontologie et à son nouveau chevalier.

Allocution de M. P. Martinier.

Je désire prononcer quelques paroles, après les orateurs qualifiés qui viennent de se faire entendre, pour rappeler ici un souvenir qui ne peut qu'être agréable en cette circonstance à quelques-uns d'entre nous.

Le 18 avril 1903, un banquet réunissait dans ce même palais d'Orsay un grand nombre de confrères pour clôturer la session de la Fédération dentaire nationale.

A la fin de ce banquet, après les discours d'usage, un délégué des Etudiants de l'Ecole dentaire de Paris, qui y avait été invité, s'exprimait ainsi :

« Permettez-moi de profiter de l'occasion qui m'est offerte pour vous signaler un membre du corps enseignant qui déploie un zèle extraordinaire et fait des efforts considérables pour nous instruire.

» Je crois rendre hommage au corps enseignant tout entier en remerciant ce professeur si plein de mérite. »

L'étudiant qui prononçait ces paroles s'appelait Pailliottin, il est aujourd'hui professeur à l'Ecole dentaire de Paris, et je suis heureux de l'apercevoir parmi nous. Le membre du corps enseignant à qui les étudiants rendaient ainsi publiquement justice se nommait Antoine Blatter, et c'est pour lui témoigner les mêmes sentiments que nous sommes réunis aujourd'hui.

17 ans se sont écoulés depuis cette réunion confraternelle et, durant cette longue période, Blatter a continué la tâche qu'il avait si vaillamment commencée.

Les services signalés qu'il a rendus à notre enseignement et le dévouement inlassable qu'il a consacré à la défense de nos droits professionnels sont indiscutables et reconnus par tous.

Pendant ces années, vous avez su, mon cher Blatter, par votre activité si désintéressée, par votre amabilité et votre serviabilité, vous rendre si sympathique que, si tous nos confrères pouvaient venir en

témoigner selon leurs désirs, cette salle serait beaucoup trop petite pour les recevoir.

Aussi suis-je très fier de pouvoir rappeler ce soir les paroles par lesquelles vous avez répondu aux sentiments si cordiaux qui vous étaient exprimés en 1903 par M. Pailliottin :

« On m'accorde, disez-vous, des éloges excessifs. Si je travaille avec vous, c'est que nous sommes dans une phase critique et qu'il faut sortir de cette situation bizarre, équivoque ; pour cela, nous avons besoin de l'arme la plus puissante : le savoir.

» C'est M. Martinier qui m'a incité à travailler avec vous et M. Godon y a ajouté ses exhortations ».

Mon cher Blatter, M. Godon vous a dit tout à l'heure en quelle estime il vous tient et quelles promesses vous avez su réaliser. Qu'il me soit seulement permis de me souvenir ce soir du parrainage que vous m'avez décerné il y a si longtemps, et de vous dire à mon tour la joie très grande et très sincère que j'éprouve en constatant que vous avez été apprécié à votre juste valeur, par des ministres comme M. l'amiral Lacaze et comme M. Justin Godart. Ils savent quel homme vous êtes et quels services vous avez rendus à la profession.

En vous incitant autrefois à travailler avec nous, je ne vous ai certainement pas entraîné sur la voie de la fortune, mais je suis sûr de vous avoir mis sur celle de l'honneur et de la conscience satisfaite et la manifestation que nous faisons à cette heure en est le plus pur et le plus noble témoignage.

Allocution de M. Roy.

En cette belle soirée consacrée à la célébration de votre promotion dans la Légion d'honneur par quelques-uns de vos amis — pas par tous, car ils sont innombrables — *L'Odontologie*, à laquelle vous appartenez depuis 17 ans, manquerait à ses devoirs si elle ne vous adressait pas ses félicitations.

Vous apportez à cet organe d'appréciées contributions ; aussi est-il tout naturel qu'il vous adresse ses plus cordiaux compliments. Ai-je besoin de vous dire tout le plaisir que j'éprouve de votre nomination, qui fait honneur au Gouvernement de la République, représenté ici par M. l'amiral Lacaze et par M. Justin Godart.

L'Odontologie est heureuse de vous exprimer ses félicitations, auxquelles je joins les miennes de tout cœur comme ami.

Allocution de M. G. Fouques.

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Au nom du Conseil d'administration de l'Association générale syndicale des dentistes de France, j'adresse des félicitations à notre ami Blatter, pour la haute distinction dont il vient d'être l'objet.

Nous ne devons pas oublier, en effet, que M. Blatter a occupé à l'Association un peu toutes les places où l'on travaille :

Membre du Conseil d'administration,
Membre de la Commission syndicale,
Président de cette Commission,
Secrétaire général.

Puis ses collègues du Conseil, en reconnaissance de son travail soutenu et de sa bienveillance unanimement constatée, l'élevaient au poste de vice-président de l'Association, et le plaçaient enfin à la direction de ses travaux en 1911 comme président.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici combien il s'est tiré tout à son honneur de sa tâche aride, en cette période si mouvementée, où nous avons connu les dissensions les plus aiguës et les plus déprimantes de l'existence de nos Groupements.

Cette simple énumération suffira pour expliquer combien tous les membres de l'Association se réjouissent du choix qu'a fait M. le Président de la République. Je suis heureux d'être leur interprète en la circonstance.

Après les discours éloquents que nous venons d'entendre, j'aurais mauvaise grâce à me faire écouter plus longtemps.

Toutefois en terminant, qu'il soit permis à l'actuel Président de l'Association d'ajouter à celles du Conseil ses félicitations personnelles qu'il formule ici avec sincérité et émotion.

Pour lui, ce nouveau légionnaire représente :
Le confrère méticuleusement loyal,
Le collègue amène et accueillant,
L'ami sûr et de bon conseil.

Allocution de M. Alexandre.

Monsieur le Directeur,

Au nom des élèves de l'Ecole dentaire de Paris, qui m'ont fait l'honneur de me déléguer auprès de vous, je vous apporte ce soir les meilleures paroles de reconnaissance et de très respectueuse affection.

Depuis le début de la guerre, époque à laquelle je venais continuer mes études à l'Ecole dentaire de Paris, je n'ai eu, ainsi que mes camarades, qu'à me louer de vos qualités de directeur-adjoint de notre école.

Délégué des élèves démobilisés, j'ai eu maintes fois à vous transmettre des requêtes ou des réclamations assez épineuses ; vous avez toujours eu pour celles-ci les plus heureuses inspirations et votre paternel esprit de concorde et de justice a su toujours maintenir la bonne harmonie dans nos rapports avec l'Administration.

Votre direction et vos sentences si ingénieusement bonnes vous donnent droit, Monsieur Blatter, à toute notre gratitude.

A l'Association générale des Etudiants en chirurgie-dentaire de l'Université de Paris, dont je présidais hier au soir l'assemblée générale, mes camarades, à qui j'annonçais la nomination dont vous veniez d'être l'objet, m'ont instamment prié d'être l'interprète de leur reconnaissance pour le grade dans l'armée dont l'obtention est due à votre inlassable activité.

Tous nous nous unissons pour fêter cordialement la Croix d'honneur que vous ne devez qu'à votre seul mérite et croyez, Monsieur Blatter, que nous sommes fiers d'un maître tel que vous.

Allocution de M. Garcia Rams.

Mesdames, Messieurs, Monsieur Blatter,

Au nom des confrères argentins en général, et du corps des dentistes de l'armée de la République Argentine, je lève ma coupe en l'honneur du distingué confrère que nous fêtons, incarnant en lui tous les confrères de France, hommage sincère et affectueux, bien mérité, car, après tant d'années de sacrifices, il a vu son œuvre couronnée de la plus haute récompense à laquelle puisse aspirer un citoyen français : la Croix de la Légion d'honneur.

Je fais des vœux pour que l'Ecole dentaire de Paris, œuvre du vénéré et cher maître M. Godon, dont nous avons suivi les enseignements dans notre pays d'Outre-Mer, occupe toujours le premier rang parmi les instituts de sa spécialité, ce à quoi elle parviendra, je n'en doute pas, ayant à sa tête M. Blatter, secondé par le groupe choisi des professionnels qui l'aident dans la Direction de l'Ecole.

Réponse de M. Blatter.

Messieurs les Ministres,
Mesdames,
Mes chers confrères,
Mes chers élèves,
Mes chers amis,

L'émotion que j'éprouve en prenant la parole, pour vous remercier, est telle que je ne puis trouver de mots pour vous exprimer mes sentiments de profonde reconnaissance. Excusez-moi si mes paroles rendent insuffisamment ma pensée : le langage du cœur est ennemi des longs discours et c'est ce qui me vaudra votre indulgence.

Merci à mes chers amis de l'Ecole dentaire, organisateurs de cette manifestation si touchante, qui restera un magnifique souvenir pour ma famille et pour moi.

Merci à M. l'amiral Lacaze, qui m'a fait le grand honneur de présider cette réunion, et à M. Justin Godart, qui a bien voulu l'assister.

Cette circonstance heureuse, qui semble la réalisation d'un rêve que mon esprit n'osait concevoir, me fournit l'occasion, qui ne s'était jamais présentée, d'adresser publiquement à M. l'amiral Lacaze et à M. Justin Godart les remerciements de notre profession tout entière pour l'initiative qu'ils ont prise en créant et en organisant dans des circonstances difficiles les Services dentaires de la Marine et ceux de l'Armée. Il a fallu de votre part, pour obtenir ces résultats, Messieurs les Ministres, une persévérante énergie et une lutte de tous les instants contre les préjugés et la routine ; vous avez su en triompher, et si quelques améliorations peuvent être souhaitées, si nous pouvons désirer que l'organisation des dentistes de la Marine devienne, comme

celle de l'Armée, permanente et définitive, nous n'en avons pas moins la certitude que grâce à vos efforts et à votre appui, les buts que vous vous êtes proposés, seront prochainement et complètement atteints.

Mais la réunion d'aujourd'hui n'a pas pour seul objet de fêter la distinction accordée à l'un d'entre nous. C'est surtout une profession et une œuvre que le Gouvérnement de la République a voulu récompenser en décernant la Légion d'honneur à un modeste praticien.

C'est aux services rendus par les chirurgiens-dentistes, mobilisés ou non, par la profession en un mot, ainsi que par l'Ecole dentaire de Paris, par son Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face, par son Dispensaire militaire, par son rôle à l'Hôpital Michelet, à l'Hôpital Canadien, à l'Hôpital Edith Cavellet, dans tant d'autres formations sanitaires qu'est dû tout le mérite de cette distinction.

Quand un régiment s'est comporté héroïquement au feu, pour le reconnaître et le récompenser on décore le drapeau, quand les habitants d'une ville se sont courageusement et vaillamment conduits devant l'ennemi, on décore la ville. Pour récompenser la profession et l'Ecole dentaire de Paris qui en est l'émanation, puisqu'elle a été créée par elle, on décore un représentant de la première qui est en même temps un des dirigeants de la seconde.

Comme le dit M. l'Amiral Lacaze, dans la lettre si affectueuse qu'il m'a fait l'honneur de m'écrire et dont je lui demande la permission de citer un passage : « Je suis heureux de voir ainsi reconnaître de façon éclatante les services que vous et le Corps que vous m'avez aidé à créer vous avez rendus à la Défense nationale pendant la guerre.

» La distinction qui vous est attribuée vise, en même temps que vous, le Corps à la tête duquel vous êtes et dont tous les chefs de cette guerre ont tenu à reconnaître les remarquables qualités et les précieux services ».

Ai-je besoin de dire que la valeur de la distinction que vous fêtez, est doublement rehaussée à mes yeux, puisque c'est comme représentant de la profession et représentant de l'Ecole dentaire de Paris qu'elle m'a été conférée ?

Vous me permettrez certainement de vous dire combien m'est chère cette profession que j'ai embrassée depuis plus de vingt ans et que j'ai vue, pendant ce laps de temps, grandir, se développer, gagner en savoir, en prestige et en considération. Et dans cette affection je ne sépare pas mon amour pour la profession de mon amour pour l'Ecole dentaire de Paris, dont je suis fier d'être l'enfant. J'associe à cette pensée le directeur vénéré de cette institution, M. Godon, sur la brèche depuis 40 ans, un des rares fondateurs survivants de cette belle création, qui compte aujourd'hui quelques milliers de diplômés disséminés dans le monde entier. Que ne dois-je pas aux maîtres éclairés, MM. Martinier, Roy, Frey, Viau, Bonnard, Lemerle, dont les leçons et les conseils m'ont formé et m'ont permis de devenir un praticien, inspiré de leurs méthodes et de leur technique ? Qu'ils me laissent aujourd'hui leur dire ma gratitude en public.

Je veux enfin assurer de tout mon attachement les élèves que j'ai formés à mon tour et qui sont devenus mes amis.

Tous, je les unis dans le même sentiment de tendresse profonde que je ressens et que vous me fournissez aujourd'hui l'occasion de vous exprimer.

Je suis confus des paroles trop élogieuses que j'ai entendues et dont je ne sais vraiment comment remercier tous les orateurs aimables qui les ont prononcées, car ils ont dépassé la mesure. Si les grandes douleurs sont muettes, les grandes joies le sont aussi.

Le souvenir que m'offre le Conseil d'administration de l'Ecole, et dont je le remercie de tout cœur, me touche profondément. Ce superbe chronomètre me rappellera que, parmi les heures qui s'écoulent avec rapidité, il en est une dont je me souviendrai toujours : celle qui sonne maintenant — elle sera la plus belle de ma carrière.

Je ne remplirais pas mon devoir si je n'adressais mes remerciements les plus cordiaux au Groupe des amis, qui a tenu à me marquer sa sympathie en me remettant un insigne, que je porterai en pensant à ceux qui me l'ont offert.

Ces cordiaux remerciements, je les réitère à ceux qui ont su organiser d'une façon si parfaite cette soirée inoubliable, en particulier à mon excellent ami Henri Villain, qui en a assumé presque toute la charge.

Laissez-moi, en terminant, formuler le souhait que cette fête ne soit pas sans lendemain, c'est-à-dire l'espoir que d'autres récompenses du même genre seront accordées à des membres de la profession et de l'Ecole dentaire de Paris dont les services ont été notoires, surtout pendant la période de guerre. Il est des mérites et des dévouements qui s'imposent, que la justice commande de ne pas méconnaître et que nous serons tous heureux de voir honorer un jour à leur juste valeur.

Allocution de M. Debray (Albert).

Mesdames, Messieurs,

Veuillez m'excuser de prendre la parole et d'interrompre un instant cette belle fête donnée en l'honneur de notre cher Blatter.

L'*Aide Confraternelle*, dont le but est d'aider les confrères belges et français victimes de la guerre, m'a chargé ce soir de solliciter votre obole.

L'*Aide Confraternelle* a dix-huit orphelins à élever, à diriger, à instruire et c'est pour eux que je fais appel à votre générosité ; je sais que je serai entendu ; d'avance je vous dis merci.

Allocution de M. l'amiral Lacaze.

Je m'en voudrais si nous nous séparions sans que je vous dise combien je me sens honoré d'avoir présidé cette réunion, combien aussi je suis heureux d'apporter mon témoignage à l'œuvre que vous avez accomplie pour la Défense nationale.

Il m'a été donné de constater moi-même tout ce que vous avez fait pour l'armée de mer et M. Justin Godart vient de nous dire éloquemment tout ce que l'armée vous doit. Ces témoignages de gratitude, je les ai recueillis de la bouche de tous les chefs auxquels j'ai parlé de vous.

Vous avez le droit, Monsieur le Président, d'être fier de cette

création qui, après 40 années d'efforts et de labeur ininterrompus, vous a permis de recueillir la plus précieuse des récompenses dans cette reconnaissance des services rendus à la Patrie, services auxquels est associé si étroitement M. Blatter, que j'ai eu tant de joie à décorer hier.

Je lève mon verre en l'honneur des chirurgiens-dentistes de l'armée et de la marine, de l'Ecole qui nous les a donnés, de son créateur, le Dr Godon, et de son directeur-adjoint, M. Blatter, auquel nous devons tant et dont nous sommes si heureux de fêter ce soir la réception dans notre ordre national, symbole du devoir et de l'honneur.

ALLOCUTION DE M. JUSTIN GODART.

Tout ce que l'émotion, l'amitié et l'affection peuvent inspirer a été exprimé et je suis embarrassé pour ajouter d'autres paroles à celles que j'ai entendues.

Je veux dire simplement à mon ami Blatter que le Gouvernement de la République, en lui conférant la Légion d'honneur, a su distinguer un bon serviteur du pays. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre comme moi peuvent affirmer que, dans les heures critiques que la France a traversées, aucun n'a mis plus de dévouement à faire triompher une cause utile à la Défense nationale.

Je me remémore l'activité surprenante avec laquelle M. Blatter venait et revenait au Sous-Secrétariat d'Etat m'exposer tout ce que pourrait faire un Corps de dentistes militaires. Grâce à lui, j'ai pu, jour par jour, améliorer les services qui vous étaient confiés et dans lesquels vous avez obtenu de si beaux résultats.

Notre collaboration ne doit pas, si vous le voulez bien, être close avec la guerre ; pour ma part, j'ai le plus vif désir de la continuer.

Je me souviens qu'en novembre dernier, au milieu de ma campagne électorale, j'ai assisté dans ma ville natale à un banquet professionnel où M. Blatter m'a proclamé le député des dentistes. Comme je n'ai pas l'habitude d'accepter de titres purement honorifiques, j'ai accepté celui-là avec la ferme intention de le mériter.

J'ai sur ma table de travail une proposition de loi tendant à la création de l'inspection dentaire scolaire ; je la déposerai bientôt sur le bureau de la Chambre.

Je vous remercie de m'avoir invité à venir ici et de m'y avoir placé aux côtés de l'amiral Lacaze. C'est lui qui m'a donné l'exemple en faisant d'abord pour l'armée de mer ce que j'ai fait pour l'armée de terre. Aussi notre reconnaissance, la vôtre comme la mienne, doivent aller surtout à lui.

III. — **Concert.**

Le banquet terminé, un concert des plus réussis, avec des artistes de valeur, charma et amusa les assistants pendant une heure et demie. Mme Zamkoff, qui possède une superbe voix de contralto et dont le talent est connu, voulut bien se faire

entendre deux fois. Les applaudissements lui montrèrent combien cette audition avait été goûtée. Un violoniste, véritable virtuose, exécuta quelques morceaux.

Enfin, *la Pie qui chante* était représentée par des membres de sa troupe qui, dans des chansonnettes satiriques, des monologues et surtout une revuette, firent passer le temps gaiement aux assistants.

Cette revuette, intitulée *Au pied levé*, due à MM. André Rémond et de Gerlor, et dans laquelle jouait ce dernier avec Mlle Aline Jamy, la commère, a obtenu un très gros succès.

A onze heures et demie, chacun quittait avec regret cette soirée admirablement organisée, pleine de cordialité, de sympathie et de sincérité, qui restera l'apothéose de la carrière professionnelle de M. Blatter.

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

A tout hasard nous nous avançons vers la gauche. Mais cette direction ne semble pas être bonne et nous revenons sur nos pas. Cependant nous ne pouvons pas rester indéfiniment sur place et je décide d'abandonner momentanément le matériel et de nous enfoncer dans le bois. Je marche vers la gauche, dans la direction qui semble la meilleure, et les hommes me suivent. Cela dure environ une demi heure, et j'ai l'impression, que si j'allais plus loin, je m'éloignerais de mon objectif.

Cependant, personne n'est là pour nous renseigner.

Alors, désespéré, et ne sachant plus que faire, je me mets à crier et à appeler 86e, 86e. Tout à coup il me semble entendre une voix. Les sons, bientôt distincts, me parviennent aux oreilles avec les mots : « par ici, par ici ».

Nous sommes sauvés. Ce sont les deux hommes partis en reconnaissance, qui, après avoir trouvé le poste de secours, viennent à notre rencontre.

Le poste de secours est dans un petit abri, large d'environ deux mètres sur trois. Nous sommes là dedans une trentaine, entassés comme dans le métro et les blessés qui arrivent sont pansés dehors Pour dormir, inutile d'essayer de s'étendre, car c'est tout juste s'il est possible de se tenir accroupi, avec, comme oreiller, le casque sur la tête, appuyé contre les parois de l'abri.

Le ravitaillement ne se fait que la nuit, une fois toutes les 24 heures et encore. Les légumes et la viande arrivent froids et sont souvent mélangés à la pluie, qui maintenant tombe sans cesse. Le pain aussi nous arrive trempé, comme d'ailleurs les pauvres poilus qui exposent leur vie pour aller chercher tout cela. Et l'on vit ainsi douze jours et douze nuits, sous un bombardement souvent intense et qui fait des victimes parmi nous !

Les gaz nous atteignent quelquefois abondamment et je ressens même une brûlure qui me cuit passablement.

Cependant le Boche n'a pas passé.

Notre artillerie domine nettement, celle de l'ennemi et les rares nouvelles qui nous parviennent de l'arrière, sont excellentes, puisque l'armée française, en liaison avec les Américains, a contre-attaqué du côté de Château-Thierry et que cela marche.

Le tir adverse commence à se ralentir et pendant les moments d'accalmie, j'ai à faire une ou deux extractions.

On me dit que trois cadavres anglais gisent depuis plusieurs jours dans la forêt à une centaine de mètres de notre poste et qu'ils ne sont pas encore enterrés.

Je me dirige vers l'emplacement indiqué et je vois les corps de trois jeunes Ecossais qui, avec leurs culottes courtes, ressemblent plutôt à des enfants innocents qu'à des braves guerriers. Ils semblent dormir là depuis plusieurs jours, car déjà les insectes se sont emparés de leurs pauvres corps et mes mains, qui les fouillent pour chercher à les identifier, subissent le désagréable contact des petits vers blancs.

Leur identité est établie. Les brancardiers ont creusé une fosse et nos camarades anglais sont pieusement ensevelis dans cette bonne terre de Champagne, pour laquelle ils viennent de verser généreusement leur sang.

Le 27 juillet, fatigués, fourbus, la figure hâve, nous sommes relevés.

Nous partons avec la compagnie hors rang et les brancardiers suivent poussant la seule brouette qui nous reste et qui porte tout notre matériel. Dans le bois détrempé par la pluie le sentier est assez peu praticable pour le roulant, de sorte que les hommes préfèrent prendre la route avec leur chargement, tandis que je continue à suivre la compagnie. La colonne file avec rapidité, ce qui fait qu'au moment où nous débouchons du bois je ne vois aucune trace de mon petit détachement qui, marchant moins vite que nous, n'a pas pu nous rattraper.

Nous arrivons à un carrefour et ici un dilemme se pose pour moi : si je suis la compagnie, j'abandonne mon détachement, ce qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses, car les hommes ne savent pas où aller; si je reste, je retrouverai le détachement, mais moi-même je ne sais pas où me diriger. Pendant ce temps la colonne continue à marcher... Je prends le parti qui me semble le plus urgent; j'attends le détachement (dont je suis responsable) malgré le danger imminent qu'il y a à rester ici, au carrefour.

Il se passe un long moment avant que j'aperçoive le brancard roulant. Mais il arrive et tous les hommes sont là avec leur matériel. Il s'agit maintenant de rejoindre la colonne qui s'est engouffrée dans le bois sur un sentier étroit, boueux et rempli de

trous d'obus. Dans ce chemin détestable les roues s'embourbent à chaque instant et c'est miracle qu'elles ne cassent pas. Nous avons chaud et nous sommes passablement incommodés par l'odeur pestilentielle qui se dégage des nombreux cadavres de chevaux que nous rencontrons à chaque pas. Après une course des plus pénibles nous parvenons enfin à rattraper la colonne qui venait de faire la pause et qui repart. Nous ne faisons donc pas de pause et nous suivons la C. H. R. dans un chemin épouvantable qui descend presque à pic avec de la boue jusqu'aux genoux.

Arrivés à la tombée de la nuit à *Courtagnon*, nous reprenons avec la colonne le chemin à travers bois. Mais des poilus que nous rencontrons me disent que jamais nous ne pourrons passer par là avec le brancard roulant. Je demande donc au commandant de la compagnie l'autorisation de prendre la route, beaucoup plus dangereuse que le bois, mais qui, au moins, nous permettra de passer. Sur une carte qu'il me confie, le lieutenant m'indique notre destination et nous quittons la colonne.

Après une petite pause, nous prenons la route qui présente une montée assez accentuée, avant de déboucher sur la grande route de Reims à Epernay, au fameux *carrefour du Cadran* qui est bombardé tous les soirs par des avions ennemis. Au moment d'arriver sur ce point dangereux, un ronflement caractéristique attire notre attention et nous apercevons, grâce au clair de lune, la silhouette noire d'un avion qui vole très bas, rasant presque les arbres. Il ne lance pas de bombes, mais une grêle de petits points rouges qui en tombant décrit une trajectoire, nous indique que l'avion tire avec la mitrailleuse. Nous nous faufilons sur les bords de la route sous les arbres, nous cachant le mieux possible, tout en marchant très vite, de façon à nous éloigner rapidement de ce coin dangereux.

Cependant des explosions formidables et répétées, précédées de lueurs intenses qu'on aperçoit nettement du côté d'Epernay, nous indiquent que par ailleurs les sinistres oiseaux de nuit continuent leur vilaine besogne.

Nous arrivons vers minuit dans ce point de la *Fôrêt de Reims* où nous devons passer deux nuits en attendant les auto-camions. Il n'y a pas d'abri contre le bombardement ni même contre la pluie. On se couche dans les buissons, par terre sur l'herbe mouillée. On a froid. Cependant on s'endort, mais pour quelques heures seulement, car une pluie fine commence à tomber et nous oblige à nous lever. Nous passons toute la journée sous la pluie, souvent torrentielle, sans le moindre abri et avec, comme nourriture, la mixture de la cuisine roulante qui soigne si bien les hommes de la compagnie hors rang.

La nuit vient et, pour pouvoir m'étendre par terre, je ramasse dans la boue un caillebotis que j'installe sur l'herbe. Mais la pluie et le froid m'empêchent de fermer l'œil et je fais les cent pas sur la route jusqu'au matin, lorsqu'enfin on nous embarque en auto-camions. Comme de juste notre camion est mal suspendu et les cahots qui nous font sursauter à chaque minute complètent dignement cette épuisante série de fatigues et d'émotions.

***

Le 29 juillet 1918, nous arrivons à *Saint-Amandas-sur-Fion*, village vraiment agréable, rempli de jardins et de fleurs, avec des cantonnements bien aménagés.

Dès le lendemain, je me remets au travail et je recommence à faire des extractions, des ciments, des amalgames, etc. ; j'éprouve un véritable plaisir à manipuler les instruments dentaires, surtout lorsque je pense aux journées horribles dont nous venons de sortir.

Mais ce bon repos ne dure que quelques jours et le 5 août nous sommes à nouveau embarqués en auto-camion (d'ailleurs pour la dernière fois, puisque, depuis, nous avons fait tous les déplacements à pied) et nous sommes transportés à Jubécourt, près de Verdun, là où nous étions l'année dernière. Mais le village n'est plus reconnaissable. Le secteur étant devenu l'un des plus calmes, il n'y a plus ici d'autres troupes que nous. On a de la place comme on veut ; le cantonnement est propre et il n'y a presque plus de rats. On a même l'électricité.

Mais nous ne restons dans ce village que deux jours et nous repartons à travers *Nixéville*, où nous passons une nuit, *Fromeréville* et *Germonville* jusqu'aux *Bois-Bourrus*, dans le secteur du *Mort Homme*. Malgré l'été, le paysage qui s'offre à nos regards est des plus tristes. On ne voit que des troncs d'arbres dénudés et des trous d'obus. Mais le secteur est excessivement calme et on n'entend que rarement le canon.

Le cabinet dentaire est situé dans un abri au bord de la route qui va à Esnes. Il est spacieux, assez solide et bien éclairé par une fenêtre recouverte de toile huilée, qui filtre les rayons chauds du soleil. Le soir, l'électricité fonctionne jusque vers minuit, de sorte que le séjour dans ce secteur est vraiment agréable. Quoique les bataillons soient dispersés sur un large front, le travail ne manque pas, mais ce sont surtout des éléments étrangers au régiment et notamment des artilleurs de la D. C. A. (défense contre avions) qui viennent se faire soigner.

Je ne reste dans ce confortable abri qu'une dizaine de jours, car je pars en permission.

***

A mon retour, le 5 septembre 1918, je trouve la compagnie hors rang dans le même secteur, mais en réserve à *Germonville.* On me donne une chambre dans une maison qui n'est pas trop abîmée et j'installe aussitôt le cabinet dentaire. Mais, je ne peux faire de soins que pendant un jour, car nous sommes relevés et nous partons à Balaycourt où nous rencontrons l'état-major du régiment américain qui nous relève.

A l'infirmerie, j'ai le plaisir de voir mon confrère américain qui a le grade de lieutenant et qui me dit qu'il y a deux dentistes par bataillon. Leur instrumentation est beaucoup plus complète que la nôtre et ils ont même des instruments pour aurifications. Presque tout le matériel porte la marque S. S. W. et se trouve enfermé dans des caisses volumineuses et assez encombrantes. Malheureusement, je ne peux pas voir fonctionner ce luxueux cabinet de campagne, puisqu'il est en déplacement. D'ailleurs, d'après ce que le confrère me dit, la mise en fonctionnement de ce cabinet dentaire demande beaucoup de temps et ne peut se faire que lorsque le régiment est stabilisé.

A Balaycourt nous ne restons qu'un jour et, après une marche de nuit, nous arrivons à *Auzéville.*

Nous repartons le soir même à travers *Clermont-en-Argonne* (qui nous rappelle le séjour à Vauquois), *Lochères* et la *Croix-de-Pierre* jusqu'au *Bois de la Chalade* dans le secteur de la *Fille-Morte* où se trouve le poste de commandement du colonel.

La région est des plus pittoresques. Le poste de secours est situé sur le flanc d'une colline assez haute où les abris ne manquent pas; mais, ils sont peu confortables et mal éclairés, ce qui est très gênant pour le travail.

Pour avoir de l'eau il faut aller la chercher dans le ravin à une assez longue distance, ce qui est très pénible à cause des difficultés du terrain. Aussi, j'essaye de mettre en état l'installation d'un petit transbordeur que nos prédécesseurs avaient construit pour éviter aux hommes la fatigue d'aller chercher l'eau. Le câble existe encore, mais il n'y a ni poulie ni récipient. En cherchant bien, je finis par trouver ce qu'il faut et, malgré les sarcasmes de mes camarades qui prétendent que je n'arriverai à aucun résultat, je me mets au travail et je réussis, après plusieurs essais infructueux, à atteindre mon but.

Le câble aboutit juste devant une source, d'où l'eau jaillit sans interruption. Pour obtenir le précieux liquide, on laisse descendre le récipient, qui glisse sur le câble, à l'aide d'une pou-

lie dont la vitesse est réglée par un fil téléphonique qui se déroule lentement et le seau vient se placer de lui-même, juste devant la source. Deux minutes après, il suffit de tirer sur le fil, pour ramener jusque dans notre poste le récipient rempli d'eau.

Un jour, un poilu qui passe, intrigué par la « mécanique », fait partir la poulie sans retenir le fil téléphonique, de sorte que le seau abandonné à lui-même part avec une vitesse vertigineuse. Justement des hommes lavent du linge tout près de la source. En entendant le sifflement de la poulie, ils s'imaginent que c'est un engin d'un nouveau genre que l'ennemi leur envoie et se sauvent rapidement. Ils font d'ailleurs bien, car le récipient, en arrivant au bout du câble, se brise en mille morceaux... Nous en rions et eux aussi.

J'ai un peu de travail et les journées passent assez vite. Mais les nuits sont longues et interminables à cause des puces.

Il y a des secteurs où on est tourmenté par les rats. D'autres où on a des poux. Il y a des secteurs où en été on est tourmenté par les moustiques. Ici, ce sont les puces qui s'emparent de votre personne et qui vous infligent mille tourments. J'ai cru d'abord que cela provenait de ce que, n'ayant pas de paillasse, j'avais garni ma couchette de fougères vertes et que ces plantes attiraient les redoutables insectes. Mais ceux de mes camarades qui ont des paillasses ne sont pas mieux partagés que moi, et tous nous sommes couverts de phlyctènes déterminés par les puces. Heureusement, notre séjour ici n'est pas long, car le 19 septembre nous sommes relevés.

Le colonel ayant besoin du cycliste de l'infirmerie, le médecin-chef me demande si je veux aller faire le cantonnement. Je n'y vois pas d'inconvénient, d'autant que l'étape est longue et que, dans ce cas, il est moins pénible de marcher tout seul et de s'arrêter lorsqu'on est fatigué que de suivre une colonne.

Me voici donc parti avec quatre hommes à travers la *Croix-de-Pierre*, le *Claon*, *Florent* et *Sainte-Menehould* jusqu'à *Verrières*, où j'arrive vers minuit. Aussitôt, je cherche le major de cantonnement qui me fait attendre dehors, près de trois heures, par un froid glacial, avant de m'indiquer une baraque à moitié démolie qui doit nous servir d'infirmerie. Nous restons ici deux jours et nous allons à *Ante* encombré d'Américains, d'où nous repartons le lendemain pour *Daucourt*.

Pendant ces nombreux déplacements, des malades viennent me voir, mais n'étant pas installé, je ne peux faire que des extractions.

***

Le 26 septembre 1918, jour de la grande attaque qui se déclanche sur la Dormoise, nous surprend à Daucourt. Le bombardement qui semble être terrible parvient jusqu'à nos oreilles et nous rappelle Pourcy. Mais cette fois-ci les rôles sont changés, car ce sont les nôtres qui attaquent et c'est le Boche qui reçoit.

Tous, nous nous demandons avec anxiété si cela marche, mais personne ne sait rien. On voit passer des avions français par centaines en escadrilles serrées se dirigeant vers les lignes ennemies. Toute la journée il y a un va-et-vient d'avions.

Les nouvelles commencent à arriver.

La première ligne ennemie a cédé, mais l'avance se fait très lentement, car les Allemands offrent beaucoup de résistance. D'ailleurs, notre tour vient d'éprouver cette résistance et par étapes nous approchons du nouveau front.

Nous voici d'abord dans un camp situé sur la *cote* 205 au nord de *Courtémont*. Nous ne recevons pas encore de coups de canon, mais il y a ici des grosses pièces d'artillerie qui, chaque fois qu'elles tirent, font trembler notre baraque Adrian et nous donnent l'impression qu'elle va nous tomber sur la tête.

Le lendemain, nous quittons le camp et nous allons à la ferme de *Beauséjour* où nous sommes déjà dans les anciennes premières lignes. Devant nos yeux s'étend le champ de bataille avec toutes ses visions de tristesse: arbres déchiquetés, maisons démolies et trous d'obus.

Il y a de l'artillerie en masse, mais le 75 ne tire pas, car sa portée ne suffit plus pour atteindre l'ennemi, ce qui prouve que l'attaque a réussi.

Il a plu tous ces jours-ci et nous pataugeons dans une boue épaisse sur des routes encombrées par trois rangées de convois qui circulent en plein jour, comme si ce n'était plus la guerre. Il est vrai que nos avions, qui semblent franchement avoir la maîtrise de l'air, interdisent à l'ennemi de voir ce qui se passe chez nous.

Les saucisses en nombre considérable avancent constamment, de façon à ne pas perdre de vue l'ennemi en retraite.

La nuit vient plus noire que jamais. Il pleut.

Nous marchons dans les champs retournés par les bombardements des jours précédents et à chaque pas l'un de nous tombe dans un trou d'obus. Il n'y a plus ni sentiers ni routes et nous franchissons les réseaux de fil de fer sans même nous apercevoir que nous avons pénétré dans les lignes ennemies, que nous recon-

naissons grâce aux inscriptions allemandes, qu'on voit à la lueur des fusées éclairantes.

A cause des inégalités du sol, les brancards roulants perdent constamment du terrain et nous avons beaucoup de mal à les faire suivre. Pour ne pas nous détacher de la colonne nous sommes obligés de faire une liaison en laissant entre nous un intervalle d'une cinquantaine de mètres. De temps en temps, celui qui marche devant appelle son camarade qui le suit et c'est ainsi qu'on parvient à se retrouver Si l'un de nous tombe dans un trou d'arbres, il crie : « appuyez à droite » ou « appuyez à gauche » de façon à ce que celui qui vient derrière évite le trou. Cela n'empêche d'ailleurs pas ce dernier de tomber dans une autre dépression du sol, tandis que la pluie nous épuise et nous rend moroses.

Après une marche des plus pénibles nous arrivons à la *Ferme du Moulin de Ripont*, dans un camp allemand démoli par notre bombardement, où, après une attente prolongée sous la pluie, on nous indique un abri allemand. Nous nous couchons sur un treillage de fil de fer, sans paillasse ni paille et nous sommes serrés comme des sardines. Mais lorsqu'on est fatigué, est-il indispensable d'avoir un lit confortable pour dormir ?

D'ailleurs notre repos ne dure que deux heures, car déjà l'ordre est arrivé de repartir.

La pluie continue à tomber, mais le jour commence à poindre et cela nous permet de voir le bon travail de notre artillerie et de nos avions. Tout le terrain est bouleversé et nous rencontrons des convois allemands en entier figés sur place par les explosions, les chevaux encore attelés aux voitures et coupés en morceaux, comme dans une véritable boucherie.

Nous franchissons la *Dormoise* et nous dépassons *Ripont*, dont il ne reste plus un seul mur debout, avant d'arriver dans un camp situé près de *Gratreuil*, village complètement rasé.

Nous devons passer ici une nuit et nous n'avons pas d'abri. Il ne pleut plus, mais le vent souffle avec violence et il fait un froid glacial. Nous nous couchons par terre les uns à côté des autres, dos à dos, pour nous réchauffer mutuellement et c'est ainsi que nous essayons de nous endormir.

L'ennemi ne doit pas être loin, car nous commençons à recevoir des obus et il y a déjà quelques blessés. On commence aussi à voir des avions allemands et les nôtres ne sont pas là pour les chasser. Malgré cela nous repartons en plein jour, vers l'avant et nous nous installons bientôt dans un abri allemand.

La Division va attaquer ; déjà le 75 gronde dans un bruit assourdissant.

Le bombardement devient de plus en plus intense et bientôt on ne s'entend plus parler et on n'entend même pas arriver les obus boches.

Nous recevons l'ordre de repartir.

Les détachements marchent dans un bois touffu, avançant péniblement dans la boue et les obus tombent maintenant tout près de nous.

Nous sommes en pleine bataille et, quoiqu'il fasse jour, nous marchons sur la route, en colonne par quatre, sans nous préoccuper de la saucisse ennemie, ni des avions qui passent. De temps en temps un obus qui tombe trop près, nous oblige à nous coucher à terre, mais nous nous relevons vite et nous repartons vers l'avant en nous rapprochant de plus en plus du danger qui va en grandissant.

On a beau avoir du courage et de la volonté, cela vous fait tout de même quelque chose de vous jeter à nouveau dans le gouffre et de vous dire que dans quelques instants vous serez peut-être une chose inerte ou un être mutilé!

C'est dans cet état d'esprit, agacés et énervés par le sifflement des obus français qui passent par milliers, qu'après avoir franchi la ligne de chemin de fer, du côté d'*Ardeuil*, nous arrivons à *Vieux*.

Les Allemands sont partis précipitamment, abandonnant des canons dont les gueules sont encore braquées sur nous et laissant un matériel considérable. Nous trouvons même une roulante, contenant encore la soupe à moitié cuite et le café à peine refroidi.

(*A suivre.*)

LIVRE D'OR DES DENTISTES

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à la suite de maladie contractée au front, de notre confrère M. Justin-Georges Althoffer, D. E. D. P., survenue le 17 février 1920, à l'âge de 33 ans, à Menton.

Nous adressons à sa famille nos sincères condoléances.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Oscar Cerf, de Liège, président de la F. D. N. belge, a eu la douleur de perdre sa femme le 16 janvier dernier.

Nous lui adressons nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Académie de Paris.

Nous avons enregistré avec plaisir la nomination comme *Recteur* de l'Académie de Paris de M. Paul Appell, doyen honoraire de la Faculté des sciences, membre de l'Institut.

On sait que jusqu'ici le Ministre de l'Instruction publique était de droit recteur de l'Académie de Paris ; mais les fonctions de recteur étaient en fait exercées par un *vice-recteur*. Un décret a supprimé le vice-rectorat et c'est désormais un recteur autre que le ministre qui présidera aux destinées de cette Académie.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 13 avril 1920, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Charlet. — Les dents à pivots amovibles ;

2° M. Paul Housset. — Appareil d'urgence pour fractures des maxillaires ;

3° M. Roy. — Technique de l'anesthésie locale en vue de l'extraction de la dent de sagesse inférieure ;

4° Incidents de la pratique journalière.

En Alsace-Lorraine.

Un syndicat de défense professionnelle vient de se créer à Strasbourg, sous le nom de *Syndicat des stomatologistes et chirurgiens-dentistes d'Alsace-Lorraine*, avec siège social chez le président, M. Pellier-Cuit, place de l'Université, Strasbourg.

Groupement des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine.

Le dimanche 8 février 1920, les membres du Syndicat des chirurgiens-dentistes de Lorraine et les membres de l'Association des anciens élèves de l'Ecole dentaire de Nancy se sont réunis en assemblée générale. Il a été décidé, à l'unanimité, de fusionner les deux sociétés en une seule qui prend le nom de « Groupement des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine ».

Le bureau a été ainsi constitué :

Section de Nancy. — Présidents d'honneur : MM. les Drs Rosenthal, de Nancy ; Ernst, Lunéville.

Président : M. Henri Petit, de Nancy.

Vice-président : M. le Dr Grandpierre, de Nancy.

Trésorier : M. Bobo, de Nancy.

Secrétaire : M. Henri Gilbert, de Nancy.

Conseillers : MM. Barthélemy, Boivin, Freidel, Guidon, de Hody, Marchand, Mangin.

Siège social : 48, rue Gambetta, Nancy.

Syndicat des façonniers-mécaniciens-dentistes.

Le Syndicat des façonniers-mécaniciens-dentistes, réunis en assemblée générale le 12 mars, a réélu le bureau en exercice qui reste composé comme suit :

MM. Pomiès, secrétaire ; Mercereau, secrétaire-adjoint ; Ecarlat, trésorier.

Fête des Étudiants.

Les deux représentations de la *Revue* des étudiants de l'Ecole dentaire de Paris, que nous avons annoncées dans notre numéro de février, ont eu lieu aux dates indiquées avec un plein succès.

Quelques scènes des deux actes de « *N'en jetez plus, la Tour est pleine* » étaient fort réussies.

On s'est séparé en se donnant rendez-vous à l'année prochaine avec l'espoir de faire mieux encore.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Delourmel, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Desbrochers des Losges, fille de l'ex-ingénieur en chef de l'Administration générale de l'assistance publique, expert près le tribunal civil de la Seine.

La cérémonie a eu lieu le 3 février 1920.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Livres reçus.

Nous avons reçu l'*Histoire de la Maison S. S. White*, 75 ans d'existence (en anglais) ; le catalogue des livres français de médecine et des sciences connexes, publié à Amsterdam (en français).

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro du *Boletin odontologico mexicano*, publié chaque mois à Mexico.

Bonne chance à notre nouveau confrère.

Caricatures.

Un recueil de caricatures comportant 40 planches dont plusieurs en couleurs vient d'être composé par Fernagut, auteur de nombreux dessins humoristiques déjà parus.

Il comporte les spirituelles charges d'un grand nombre de personnalités connues dans le monde dentaire et quelques dessins humoristiques professionnels.

Les dentistes s'occupant beaucoup pour la plupart du mouvement artistique ne manqueront pas de s'y intéresser, tant pour la valeur propre des dessins que pour le document qu'il constitue en raison du choix et du nombre des professionnels marquants qu'il renferme.

Les confrères en désirant un exemplaire sont priés de s'adresser à M. Fernagut, 2, rue de Vanves, Paris.

Le prix de l'album complet est de 20 francs.

40e ANNÉE. N° 5 30 MAI 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ÉVOLUTION CLINIQUE DES KYSTES DENTAIRES

Par le Dr Léon DUFOURMENTEL

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 10 janvier 1920.)

Vous êtes venus recueillir ce soir l'enseignement de M. le professeur Sebileau sur la question des kystes dentaires, question intéressante au premier chef pour vous et sur laquelle vous savez la compétence particulière et la vaste documentation qu'il possède, et voici qu'au lieu du Maître vous trouvez devant vous un de ses chefs de Clinique !

Votre surprise, que je devine quelque peu mêlée d'une déception bien légitime, me pousse à m'excuser devant vous et à vous donner les raisons qui ont porté M. Sebileau, mis dans l'obligation de s'éloigner ce soir de Paris, à me choisir pour le représenter ici.

D'autres de ses assistants, dont quelques-uns mêmes professent dans cette école, — tel mon excellent ami le Dr Bonnet-Roy que j'aperçois devant moi, — eussent été désignés autant que moi, peut-être davantage, si son choix n'avait été guidé que par des motifs d'ordre scientifique. Mais tenez pour certain que d'autres raisons — étrangères à la raison — lui ont fait préférer quelqu'un des siens. Nul autre, en effet, ne saurait être, sinon un interprète plus exact de son enseignement, du moins un messager plus fidèle de ses sentiments.

C'est parce qu'elle lui est chère, cette maison où vibre encore l'écho de quelques belles leçons de chirurgie et aussi

de morale — qu'il y fit pendant la guerre qu'il m'a préféré à tout autre lorsqu'il s'est agi de le remplacer devant vous. Voyez dans ce sentiment mon meilleur titre à vous transmettre ce soir son enseignement.

*
* *

La question des kystes dentaires est vaste et difficile. Elle embrasse l'étude de plusieurs variétés de tumeurs, elle se complique d'interprétations pathogéniques multiples et incertaines ; elle comporte la nécessité d'un programme thérapeutique précis. Il me sera impossible d'étudier complètement devant vous ces différents chapitres. Mais je voudrais — ce qu'eût inimitablement fait M. Sebileau — vous laisser quelques idées claires, et par là même faciles à retenir, sur l'évolution, le diagnostic et le traitement des principales variétés de kystes dentaires. Je vous prie donc de considérer que, dans le but de schématiser et de simplifier, je laisserai dans l'ombre l'étude de quelques points mal précis, de quelques variétés rares, de quelques symptômes inconstants.

*
* *

Chapitre I. — *Développement de l'organe dentaire.*

Il est impossible de comprendre les diverses variétés de kystes dentaires sans connaître les grandes lignes du développement embryologique des dents.

La dent relève d'une double origine, ectodermique et mésodermique.

Au niveau de la muqueuse buccale, en effet, le revêtement ectodermique s'invagine en plusieurs points. Ces invaginations qui, à la huitième semaine, ne sont que de simples sacs ouverts à l'extérieur, vont rapidement se fermer et se ramifier. Elles s'appellent au début le « mur plongeant », puis elles deviennent les « lames épithéliales », enfin leurs ramifications constituent les « follicules dentaires ». Tels sont les

noms que les embryologistes donnent aux premiers stades de l'évolution de l'organe dentaire primitif et aux détails auxquels je vous demande de ne pas m'arrêter.

Les *follicules dentaires* ou *organes adamantins* ont un développement inégal. Les uns continuent presque sans arrêt leur différenciation. Ce sont ceux qui vont donner les dents temporaires. D'autres l'arrêtent pendant plusieurs années et ne la terminent que longtemps après : ce sont ceux des dents permanentes. D'autres encore l'arrêtent définitivement. Ce ne sont que des vestiges d'organes dont le développement s'achève chez les espèces animales à plusieurs dentitions, mais qui, normalement, s'arrête chez l'homme. Ils sont connus sous le nom de débris paradentaires de Malassez et se trouvent au contact même des racines, dans les ligaments alvéolo-dentaires.

Les follicules qui se développent donnent ultérieurement l'émail de la dent et un sac entourant cet émail, appelé sac folliculaire et qui s'ouvre à l'extérieur au moment de l'éruption de la dent.

En même temps naît de la profondeur (Fig 1, 7 à 10) le bourgeon mésodermique qui, poussant en sens inverse, vient se coiffer du follicule ectodermique. Il constituera l'ivoire de la dent et toutes les parties qui en dépendent.

Voici les grandes lignes. Revenons sur un point important. Je vous ai parlé du sac folliculaire. C'est à la fois, d'une part, la portion du bourgeon ectodermique qui n'a pas été utilisée dans la constitution de l'émail et, d'autre part, le tissu fibreux ambiant qui se condense et forme une véritable gaine à l'organe adamantin.

La partie ectodermique qui n'a pas servi à constituer l'émail forme deux choses : 1° *la pulpe folliculaire*, que je vous représente en « 3 » (Fig 1). C'est un tissu lâche, aréolaire, qui peu à peu se résorbe et laisse à sa place une cavité, la cavité du sac folliculaire ; 2° une membrane épithéliale représentée en « 2 » sur la même figure. Elle se continue avec l'émail au collet de la dent et porte le nom de « *membrane de Nasmyth* ». Elle forme le revêtement

interne de ce sac folliculaire dont le revêtement externe est constitué par le tissu fibreux condensé autour de tout l'organe (5, Fig. 1). En haut, vers la cavité buccale, le sac se

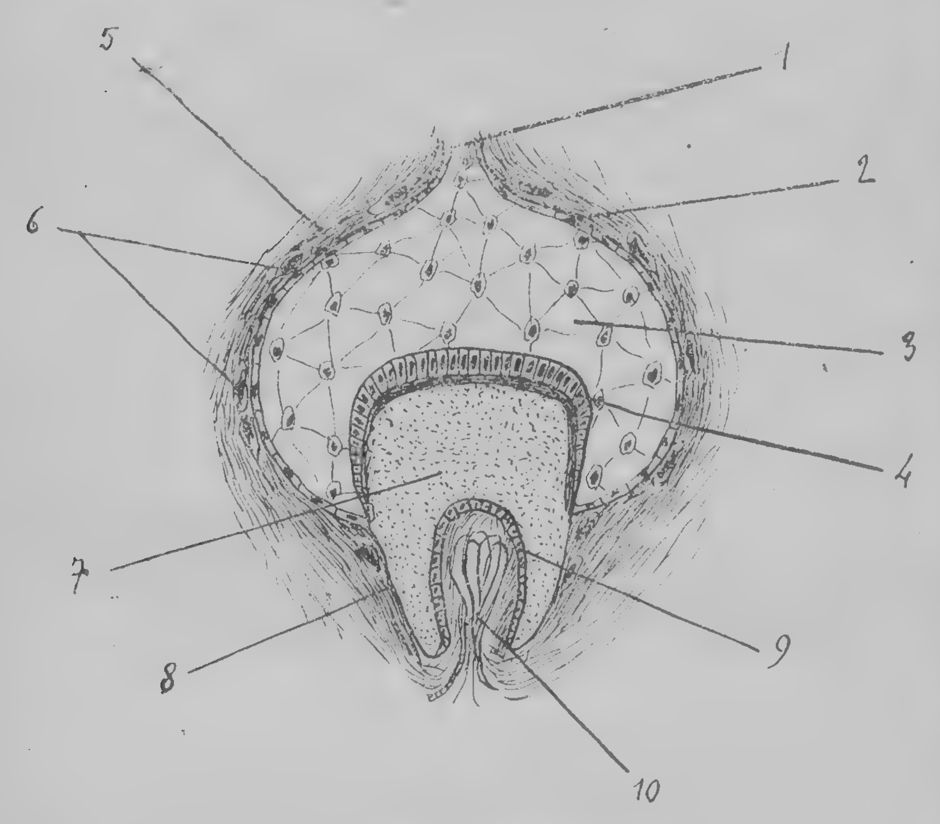


Fig. 1. — Schéma du follicule dentaire.

1. Iter dentis.
2. Membrane de Nasmyth.
3. Pulpe folliculaire.
4. Adamantoblastes et émail.
5. Paroi conjonctive du follicule.
6. Débris paradentaires de Malassez.
7. Ivoire.
8. Racine de la dent.
9. Membrane de l'ivoire (odontoblastes).
10. Pulpe dentaire avec les vaisseaux papillaires.

continue par un prolongement qui marque la voie que suivra la dent pour arriver au jour au moment de son éruption. C'est *l'iter dentis,* le Chemin de la dent (1, Fig. 1).

De cette description aride, mais nécessaire, retenez ces deux points capitaux :

a) Autour de la première ébauche dentaire se forme un sac dont le revêtement épithélial interne s'attache au collet de la dent, c'est le *sac folliculaire*.

b) Certains organes adamantins restent normalement rudimentaires chez l'homme, ce sont les débris paradentaires de Malassez.

*
* *

Chapitre II. — *Histogénèse des Kystes dentaires.*

Les Kystes dentaires se manifestent sous plusieurs aspects. Il y en a à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure. Il y en a d'uniloculaires et de multiloculaires. Il y en a de précoces et de tardifs. Il en est qui se développent en dehors de la dent et d'autres qui contiennent à leur intérieur la dent originelle. Dans ces catégories multiples entre lesquelles on peut concevoir des liens et trouver des formes mixtes, il est facile d'établir une classification que l'embryologie va vous rendre claire.

Une première catégorie de kystes se développe uniquement — et cela n'est pas encore clairement expliqué — dans la mâchoire inférieure ; ils sont multiloculaires ; leur développement commence très tôt, entre 5 et 15 ans ; ils deviennent énormes. Les éléments de la paroi de ces kystes n'ont fourni à l'analyse histologique que des tissus embryonnaires ; rien qui rappelle des formations adultes. On les a appelés *kystes adamantins*. Ils sont, en effet, développés aux dépens des organes adamantins de la première heure. Ce sont des tumeurs *embryoplastiques* dont l'interprétation pathogénique reste pleine d'obscurités et qui, d'ailleurs, en clinique, sont d'une assez grande rareté. Je n'en connais personnellement que deux cas observés tous deux dans le service du prof. Sebileau.

Les caractères cliniques de ces tumeurs peuvent être résumés par le tableau suivant :

1° Ils se développent uniquement à la mâchoire inférieure.

2° Ils s'accroissent progressivement au point d'atteindre des dimensions énormes. Certains auteurs leur avaient en conséquence donné le nom de « grands kystes de la mâchoire inférieure ».

3° Ils sont multiloculaires et présentent à la coupe un aspect aréolaire.

4° Les cavités en sont remplies d'un liquide jaune, épais, filant.

5° On constate toujours simultanément l'absence d'une dent et quelquefois de plusieurs.

Une deuxième variété infiniment plus fréquente est celle des *kystes dentifères*. Ils sont caractérisés par la présence ; à leur intérieur, d'une dent saine, complètement ou incomplètement développée.

Leur origine s'explique assez aisément. Supposez que pour une raison quelconque, qui d'ailleurs nous échappe habituellement et qui peut être une irritation mécanique ou infectieuse, une malformation du maxillaire gênant l'éruption des dents, supposez, dis-je, que le sac folliculaire et son *iter dentis* soient désaxés et ne soient plus en regard de la fenêtre osseuse qui constitue l'orifice alvéolaire, le travail de l'éruption sera, non supprimé, mais désorienté. Au lieu de déterminer l'apparition à l'extérieur de la couronne de la dent, il va réaliser dans l'épaisseur de l'os un véritable travail de mine. L'appareil folliculaire va, au lieu de s'ouvrir, se développer et constituera progressivement une cavité entourant la couronne. Le kyste dentifère est constitué.

Les caractères de cette variété sont les suivants :

Il s'insère au collet de la dent dont la racine, si elle se développe, apparaîtra en dehors de lui. Ainsi apparait dans toute sa netteté la division des deux parties ectodermique et mésodermique de la dent.

Il s'épanouit dans l'épaisseur de l'os qu'il repousse, érode, digère en quelque sorte.

La dent originelle est plus ou moins développée, mais elle est saine. Elle n'a pas vu le jour et n'a par conséquent aucune raison d'être cariée.

La présence d'une dent dans le kyste explique que toujours celui-ci coïncide avec l'absence d'une dent normale, absence parfois dissimulée par la persistance d'une dent temporaire.

Voici donc déjà deux variétés très différentes de kystes dentaires. La deuxième variété apparaît surtout au maxillaire supérieur, mais s'observe cependant au maxillaire inférieur, particulièrement au niveau de la dent de sagesse.

C'est, en effet, celle dont le développement est le plus souvent gêné.

Il est encore une troisième variété de beaucoup la plus fréquente et la plus importante, c'est celle des *kystes paradentaires.*

Ceux-ci relèvent du réveil de l'activité des bourgeons, des débris paradentaires de Malassez. Il faut, pour qu'ils se développent, une cause irritative. Celle-ci est toujours l'infection. Il n'y a en effet pas de kystes paradentaires sans infection, c'est-à-dire sans dent cariée ou tout au moins morte par traumatisme et infectée, quoique non cariée. On a pu ainsi considérer que les kystes n'étaient en quelque sorte que des abcès chroniques. Mais leurs caractères histologiques, ajoutés à leurs particularités de développement irrésistible, en montrent clairement l'origine embryonnaire.

Ils s'accroissent tout à fait en dehors du sac folliculaire à l'autre extrémité de la dent. Ils apparaissent en effet sur une dent évoluée, sortie ; le sac folliculaire est ouvert, donc inexistant, il ne peut plus en être question.

Ils présentent en outre les caractères suivants :

a) Ils sont en rapport avec la racine. Le plus souvent appendus à son extrémité avec laquelle ils viennent au moment de l'avulsion, ils sont encore d'un volume assez petit pour permettre leur passage à travers le conduit alvéolaire. On les appelle alors *kystes apexiens ou appen-*

diculaires. Beaucoup plus rarement ils sont en rapport avec un autre point de la racine. On les dit alors *kystes juxta-dentaires.*

b) Leur accroissement régulier et progressif est un de leurs caractères les plus remarquables. Rien ne résiste à leur développement et ils arrivent à se creuser dans les assises les plus compactes du maxillaire une loge souvent considérable. L'os se raréfie à leur contact et disparaît, et sa résistance paraît si faible qu'elle empêche rarement la régularité même de la poche kystique.

c) Si l'on examine l'intérieur du kyste on y constate toujours qu'un point de la racine, et c'est habituellement l'apex, est nu dans la cavité. La pulpe du doigt reconnaît aisément ce point qui est toujours rugueux, car à son niveau le revêtement épithélial fait totalement défaut. Permettez-moi de vous signaler ce fait constant, mais de ne pas le discuter. C'est à mes yeux une des obscurités de cette théorie si séduisante de l'origine paradentaire de ces kystes.

d) La cavité kystique est toujours remplie d'un liquide clair, citrin, *fort chargé de paillettes de cholestérine.* Les caractères si nets de ce liquide sont particulièrement précieux pour le diagnostic des kystes par la ponction. Ils se perdent plus ou moins à partir du moment où, par suite de l'ouverture et de la fistulisation, le kyste a été infecté.

* * *

CHAPITRE III. — *Variétés cliniques des kystes dentaires.*

Nous venons de passer en revue les principaux points de l'étude *synthétique* des kystes dentaires. Nous allons faire maintenant rapidement l'étude *analytique* de leurs différents aspects cliniques.

La meilleure façon me paraît être celle que vous retrouverez dans l'excellente thèse de mon ami le Dr Chenet (Thèse de Paris, 1914, Steinheil, éditeur,) et de les suivre selon l'ordre même des dents.

Schématisons sur un croquis les dents antérieures et

leurs rapports anatomiques. Il est facile de comprendre que le développement d'un kyste né de *l'incisive centrale* sera différent selon que l'apex de cette racine atteindra le voisinage de la fosse nasale ou en restera distant. S'il en reste distant le kyste apparaîtra dans le vestibule buccal, au fond du sillon gingivo-labial où le doigt explorateur le découvrira

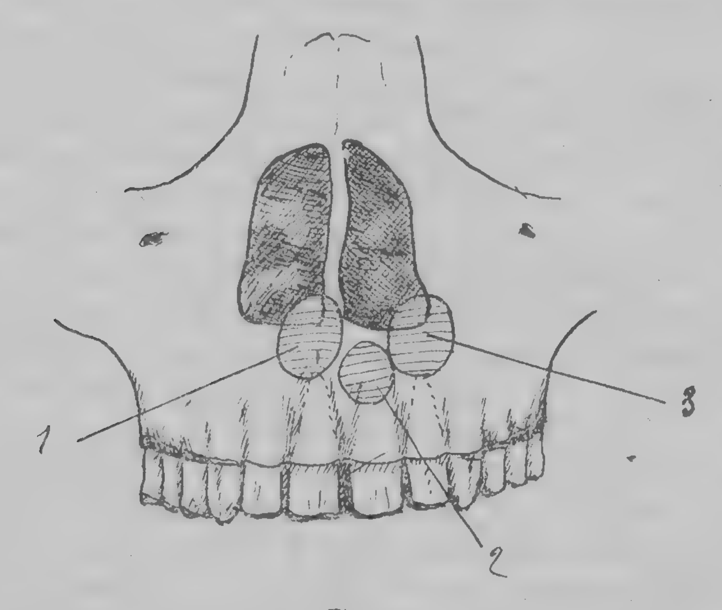


Fig. 2.

1. Kyste développé sur une racine longue d'incisive centrale.
2. Kyste développé sur une racine courte d'incisive centrale.
3. Kyste de l'incisive latérale faisant saillie sur la partie externe du plancher de la fosse nasale.

facilement. C'est dans la région que je vous figure en « 2 » (Fig. 2) que se manifestera la tumeur. Vous en reconnaîtrez les caractères habituels : saillie régulièrement arrondie, dépressible, donnant au doigt, si l'os est déjà suffisamment aminci, la sensation de crépitation parcheminée.

On comprend que dans cette région antérieure le sujet découvre rapidement le kyste dont il est porteur, alors que son attention pourra être attirée beaucoup plus tard s'il s'agit d'un kyste développé dans une région moins accessible. Aussi est-ce au niveau de la région incisive que les

kystes seront découverts le plus souvent, alors que l'os n'est pas assez usé pour donner la crépitation parcheminée. On pensera à un *ostéome*. Mais comme y insistait le professeur Sebileau dans une leçon récente, il y a toujours un point de l'os à travers lequel le doigt sent, ou devine, une cavité, tandis que la saillie d'un ostéome ne laisse ancune prise au doute : l'os est régulièrement dur en tous les points.

Si la racine est longue et s'approche de la fosse nasale, c'est vers celle-ci que le kyste progressera et l'on ne tardera pas à découvrir une saillie au voisinage de l'insertion de la cloison sur le plancher de la fosse nasale. Il est évident que c'est alors le rhinologiste qui sera le premier à le constater et il n'est par rare que l'examen soit fait uniquement parce que le sujet est gêné pour respirer. Un assez grand nombre de kystes sont ainsi découverts à la consultation de Lariboisière, alors que l'attention n'avait pas été attirée du côté des dents qui ne présentaient que des lésions banales de carie ou de mortification pulpaire.

La saillie que fait un kyste dans la fosse nasale est toujours une saillie régulière sans trace d'inflammation de la muqueuse, presque toujours sans fistulisation. Il est difficile d'en pratiquer un examen permettant de constater la crépitation parcheminée. Cependant un stylet permet parfois de reconnaître l'amincissement de la paroi osseuse.

Les kystes nés de *l'incisive latérale* présentent souvent une symptomatalogie très voisine. Ils peuvent, et c'est le cas le plus fréquent, faire saillie surtout au niveau du vestibule buccal. Souvent cependant ils atteignent aussi la fosse nasale. C'est alors, comme je vous l'indique en « 3 » sur la Fig. 2, dans la partie externe du plancher, au-dessous du cornet inférieur que cette saillie se manifeste.

Mais il est une localisation particulièrement fréquente et qu'il vous est nécessaire de bien connaître, car elle est la cause fréquente d'erreurs de diagnostic, c'est la localisation *palatine*. Vous pouvez, en effet, vous rendre compte par le petit schéma ci-joint (Fig. 3) que si le kyste progresse en arrière, il atteindra rapidement la voûte palatine. Il détermi-

nera alors la formation d'une voussure au niveau de la partie antérieure du palais. Toujours cette voussure donnera au doigt la sensation de rénitence ou de fluctuation caractéristique d'une cavité kystique à paroi déjà très amincie. Toujours aussi elle sera strictement limitée à une moitié de la voûte. Entendez par là qu'elle sera limitée en dedans par le raphé médian du palais qu'elle ne franchira jamais. Mais elle peut le repousser. Elle dépasse alors la ligne médiane géométrique tout en respectant la ligne médiane anatomi-

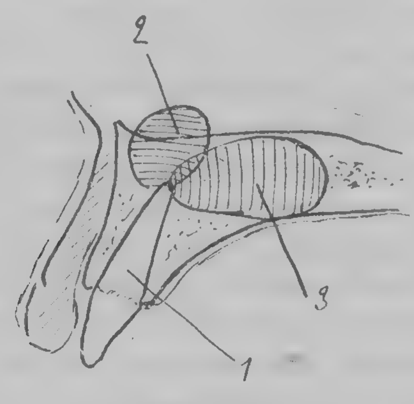


Fig. 3.

1. Incisive latérale.
2. Kyste développé en haut, vers la fosse nasale.
3. Kyste développé en arrière, vers la voûte palatine.

que. N'est-ce pas là un point qui mérite d'être signalé que la résistance de ce raphé à la poussée d'une tumeur que n'arrêtent pas les plans osseux les plus vigoureux ? Et ne semble-t-il pas que le mordant de ces kystes ne s'exerce que dans la moitié de la face qui constitue en quelque sorte leur domaine ?

En présence de ces voussures palatines on peut à coup sûr porter le diagnostic de collection en rapport avec l'incisive latérale. Les simples abcès y sont en effet fréquents et toujours nés de cette dent. Mais il importe de savoir que toute collection qui après incision a donné issue à un liquide ayant les caractères que nous avons décrits, ou qui

après fistulisation suppure indéfiniment, n'est plus un simple abcès, mais bien un kyste.

Les dents qui vont nous occuper maintenant donnent naissance à des kystes ayant des caractères tout différents au point de vue de la localisation anatomique. Ce n'est plus, en effet, vers la fosse nasale ni vers la voûte palatine qu'ils tendront à se développer, mais vers le sillon gingivo-jugal et vers le *sinus maxillaire*. S'ils progressent vers la bouche, on leur retrouvera les caractères habituels. S'ils progressent vers le sinus, ils ajouteront à ceux-ci quelques particularités nouvelles.

Pendant longtemps leur développement vers le sinus pourra passer inaperçu. Tant qu'un kyste n'est pas suppuré ni ouvert dans le sinus, sa présence y est en effet très bien tolérée. Ce n'est donc que par ses signes buccaux qu'on le diagnostiquera et ce n'est qu'à l'opération qu'on découvrira son extension et les caractères de celle-ci. Et rien n'est surprenant comme de constater la facilité, j'allais dire le sans-gêne, avec lequel un kyste a violé la cavité du sinus et l'a occupé en grande partie quand ce n'est pas intégralement. Il détruit la paroi osseuse ou la repousse devant lui en l'amincissant. Il repousse également la muqueuse intra-sinusale, mais toutefois la détruit rarement. Si bien que le kyste arrive à occuper toute la cavité du sinus, tout en restant en somme extra-sinusien, c'est là un des points sur lesquels M. Sebileau insiste le plus particulièrement. Ne vous hâtez donc pas, en présence d'un kyste fistulisé, de le dire compliqué de sinusite si l'exploration au stylet vous conduit loin dans la cavité du sinus. Celui-ci pourra avoir été exproprié, délogé, sans avoir été positivement infecté.

La distinction devient plus difficile dans les cas où le kyste s'est fistulisé dans la fosse nasale. Je ne chercherai pas à vous indiquer des moyens de diagnostic entre une sinusite vraie compliquant un kyste et une suppuration n'intéressant pas le sinus. Ce serait difficile et, qui plus est, inutile. Ce n'est qu'à l'opération que vous pourrez le savoir et comme celle-ci doit être la même dans les deux cas,

comme nous le verrons, la conduite à tenir n'en est pas influencée. Une chose toutefois en sera modifiée, c'est le pronostic. Il faut s'attendre, en effet, lorsqu'un sinus a été infecté par un kyste dentaire à le voir suppurer pendant un certain temps après l'opération et souvent se remplir de formations polypeuses, de myxomes. Un traitement particulier devra alors leur être appliqué. Ce sont là des cas qui sortent de votre pratique et d'ailleurs exceptionnels.

Toutes ces considérations s'appliquent aux prémolaires et aux molaires. Quelques particularités doivent être signalées au point de vue des kystes nés de la *dent de sagesse.*

Ils sont fréquents, et comme ils sont postérieurs ils auront une extension anatomique un peu spéciale. Il n'est pas rare, en effet, de les voir s'étendre non seulement dans le sinus en détruisant la tubérosité maxillaire, mais encore dans la fosse ptérygo-maxillaire. Ils arrivent ainsi au contact même de l'apophyse ptérygoïde. Ils peuvent détruire en dehors la saillie malaire et remonter jusqu'à l'orbite. Hier encore l'occasion me fut donnée d'opérer un de ces grands kystes qui avait déformé tout le squelette de la joue, et cela, circonstance aggravante, chez une jeune fille.

Voilà les caractères principaux des variétés les plus habituelles de kystes dentaires. J'ajoute qu'à la mâchoire inférieure, où ils sont beaucoup plus rares, ils n'offrent aucune des particularités qui rendent leur diagnostic souvent difficile à la mâchoire supérieure.

Avant d'aborder la question de leur traitement, je voudrais vous dire quelques mots des signes qui attirent l'attention du sujet lui-même, — des signes fonctionnels, — et des erreurs de diagnostic que l'on peut commettre.

Au point de vue des signes fonctionnels l'évolution d'un kyste dentaire se divise en deux périodes distinctes : celle où le kyste n'est pas fistulisé et celle de fistulisation.

Dans la première le kyste est admirablement supporté et ne donne de gêne que par ses dimensions. Aussi les petits kystes sont-ils toujours découverts par le dentiste. Au contraire, après la fistulisation l'attention du malade est attirée

par la suppuration continuelle. Il n'est pas rare d'entendre des sujets vous raconter que leur oreiller est taché tous les matins par « de l'humeur » et cela depuis des mois ou des années. D'autres viennent, comme nous l'avons vu, consulter le rhinologiste pour de la gêne respiratoire ou de l'écoulement purulent par le nez.

En dehors de leur augmentation de volume qui peut être considérable et des déformations qui peuvent résulter de la destruction plus ou moins étendue du squelette facial, ils ne déterminent habituellement pas de complications redoutables. La plus grave est l'extension au sinus maxillaire.

Nous avons déjà vu quelques-unes des erreurs de diagnostic que le clinicien peut commettre en présence d'un kyste dentaire. Nous y ajouterons deux variétés de tumeurs qui peuvent donner le change : les sarcomes et fibromes. Les sarcomes sont presque uniquement l'apanage de la mâchoire inférieure. Ils sont comme les fibromes des tumeurs solides d'où la *ponction exploratrice* ne retirera pas de liquide et dont *l'image radiographique* ne comportera pas de centre clair, caractère constant des kystes et particulier à eux.

Chapitre IV. — *Traitement.*

J'ai déjà retenu bien longtemps votre attention. Il resterait un long exposé à vous faire si je devais m'étendre sur les détails du traitement chirurgical des diverses variétés de kystes dentaires. Mais le programme même de cette conférence ne le comporte pas. Je me bornerai à vous donner des indications d'ensemble, car il me paraîtrait déraisonnable de terminer une étude des kystes dentaires autrement que par leur fin naturelle, qui est de succomber sous le bistouri et la curette.

Tout kyste dentaire doit être extirpé chirurgicalement. Si le traitement opératoire ne vient pas en débarrasser le porteur, celui-ci verra s'éterniser indéfiniment la suppuration et la fistulisation et s'accroître progressivement la

tumeur. C'est là le premier axiome indiscutable sur lequel vous pouvez appuyer votre conduite.

Tout kyste dentaire soumis au traitement opératoire doit être extirpé *intégralement*. Il ne suffit pas d'enlever la dent malade. Il ne suffit pas d'enlever la partie adjacente de la poche kystique ni même d'extirper la majeure partie de celle-ci. Il faut ne rien laisser. Tant que subsistera le moindre débris de paroi sécrétante la suppuration continuera. Et s'il en reste une étendue suffisante vous n'êtes pas à l'abri d'un nouvel enkystement et d'un nouvel accroissement. C'est la deuxième vérité qui doit guider votre esprit et votre main.

Toute opération de kyste dentaire, dont la première condition pour être radicale est de réaliser une éradication intégrale, doit répondre, et peut toujours répondre à une seconde condition : elle ne doit pas être déformante. Ceci est facilement réalisable dans les petits kystes que vous observez journellement, mais devient plus difficile dans les grands kystes dépassant le volume d'un œuf. C'est par la limitation de la résection des bords osseux amincis que l'on obtiendra la conservation des formes normales et que l'on évitera de laisser à la place de la tumeur des affaissements ou des dépressions disgracieuses.

Toutes les manœuvres d'éradication peuvent être menées à bien avec le bistouri, une rugine courbe, une spatule et des curettes. Il n'est pas exceptionnel cependant que la gouge et le maillet soient nécessaires pour effondrer les premières assises osseuses et aborder le kyste. On se contentera alors de forer à travers l'os un puits d'accès étroit que l'on agrandira selon les besoins par quelques morsures de pince-rouge.

Un dernier mot au point de vue du mode d'anesthésie. Nous avons l'habitude, à Lariboisière où nous opérons des kystes parvenus à une période de leur développement qui mérite le qualificatif de chirurgicale, et où les variétés profondes et difficiles constituent la plus grande proportion, de faire ces opérations sous anesthésie générale. Je crois fer-

mement qu'à partir d'un certain degré de développement il est difficile d'obtenir par l'anesthésie locale une indolence complète et une absolue tranquillité de l'opéré.

J'ai terminé. J'espère ne pas être resté trop loin du programme que je m'étais tracé au début de cette communication. Laissez-moi, avant de vous quitter, vous remercier de l'attention soutenue que vous avez bien voulu m'accorder et que j'aurais voulu vous imposer moins longue.

APPLICATION DE QUELQUES DONNÉES SCIENTIFIQUES AU MEULAGE ET AU FRAISAGE DES DENTS

Par Emile Huet, de Bruxelles.

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 10 janvier 1920.)

Dans une précédente communication faite ici même le 1er juillet 1913 [1] je vous exposai une nouvelle méthode de travail reposant sur l'emploi des moteurs électriques à démarrage puissant, vitesse considérable et arrêt instantané, obtenu grâce à un électro-aimant commandé par une pédale basculante, s'accordant avec les réflexes naturels.

Mes démonstrations ne se basaient alors que sur mon expérience personnelle, mais les résultats en étaient si importants que je résolus de les étayer de données scientifiques. A cette fin, je construisis deux appareils qui me permirent de déterminer d'une façon précise le temps, la vitesse et la pression voulues pour obtenir, de l'outil tranchant, le maximum de rendement, avec le minimum de sensibilité.

J'avais envoyé à Londres, pour le congrès de 1914, les conclusions de mon travail ; la guerre étant survenue entre temps, ma communication n'a pas eu lieu. *L'Odontologie*, dans son numéro du 30 décembre dernier, vous a donné connaissance de ce travail.

Si je possède encore une partie de mes instruments de démonstration, il n'en est pas ainsi de mes tables de calcul, peu importantes il est vrai, mais qui m'avaient cependant occasionné assez de travail. Ces papiers, avec d'autres auxquels je tenais beaucoup, ont été enlevés et jetés au vent par les troupes allemandes de passage dans la localité où j'étais en villégiature.

Cette perte me découragea un moment, mais la confection d'un petit moteur réalisant 10.000 tours à la minute,

---

1. Amélioration à la technique opératoire des bridges et des couronnes par l'emploi de moteurs à grande vitesse, *L'Odontologie*, 31 août 1913.

et les avantages que j'en obtins, pour la meulage préparatoire des dents, m'engagèrent à reprendre mes observations.

Grâce à ce moteur, je parvins à diminuer de moitié la pression nécessaire pour le meulage ; l'effort à réaliser pour l'enlèvement de l'émail le plus dur tomba de 400 à *200 grammes.*

En comparant cette pression minime à celle, presque décuple, que l'instrumentation ancienne nous forçait à déployer, on se rendra compte de la délicatesse et de la précision qu'il est possible d'obtenir.

Rappelons encore que la vitesse de rotation supprime la trépidation et que l'échauffement disparaît par suite de la ténuité des particules enlevées qui se dispersent dans l'air.

Comme démonstration, nous ferons demain la trépanation — en vue de la pose d'un bridge — d'une dent saine et non anesthésiée. Nous rencontrerons quatre zones à traverser successivement : la zone de substance vitrée ou émail ; la zone d'union amélo-dentinaire ; la zone de dentine ou d'ivoire et la zone des odontoblastes à la surface de la pulpe.

Ces zones présentent des degrés de sensibilité différents et exigent la connaissance de l'instrumentation spéciale à adopter pour chacune d'elles.

Cette connaissance est très importante, tant au point de vue de la rapidité de pénétration de l'outil à choisir, que de la tolérance des divers tissus pour celui-ci.

1° *Zone de substance vitrée ou émail.*

On enlève cette couche sans douleur au moyen de meules minces, de 20 millimètres de diamètre, à la vitesse de 9.000 tours à la minute, avec une pression de 200 grammes [1].

---

1. La vitesse angulaire d'une meule de cette dimension est de 565 mètres 48 par minute (34 kilom. à l'heure). Pour une meulette de 2 millim. 3 de diamètre, cette vitesse angulaire tombe à 72 mètres 25 et occasionne une légère sensibilité. En raison de la diminution de la vitesse angulaire et de l'augmentation de la pression, qui doit être portée à près de 500 gr., un léger échauffement se produit.

2° Zone d'union amélo-dentinaire.

Cette zone terminale des éléments sensitifs des canalicules de Tomes demeure la plus sensible à traverser, en raison du manque d'instruments appropriés. On obtient actuellement les meilleurs résultats en poussant le meulage jusqu'à la mise à nu d'un tout petit point de dentine, qu'on attaque alors avec un foret résistant. Régime de rotation : 4.000 tours à la minute et interruption de 3/5 de seconde pour 2/5 d'action. Pression de 600 grammes.

3° Zone de dentine ou ivoire.

Le passage de cette zone ne produit aucune sensibilité particulière, en raison de la facilité avec laquelle l'excision se fait. Mais il faut des forets soigneusement affectés à chaque intervention, et taillés de façon à avoir une vitesse de pénétration de plus de 2 m/m par seconde au moyen d'un régime de rotation de 5.000 tours à la minute. Pression de 400 grammes [1].

4° Zone des odontoblastes à la surface de la pulpe.

La trépanation de la zone précédente sera arrêtée à environ 1 m/m de la pulpe. On entame alors en une fois la dernière zone, de façon à dépasser rapidement la couche des odontoblastes. Ce passage est généralement mieux toléré que celui de la zone d'union amélo-dentinaire.

La pulpe, sous l'influence du traumatisme violent qu'elle subit, se trouve comme sidérée et, si l'on opère avec rapidité, son extirpation peut se faire sur-le-champ, de façon indolore.

Nous avons vu les réactions produites par la trépanation des divers tissus d'une dent saine ; considérons maintenant le travail opéré sur une dent malade. Ici le facteur diagnostic

---

1. Les forets actuellement dans le commerce ne peuvent remplir ces conditions. Ceux que j'emploie sont taillés dans de vieilles fraises à fissures. Ils sont munis d'angles de coupe différents suivant la densité des tissus à enlever.

prendra une importance qu'on ne lui a guère donnée jusqu'à présent.

Dentinite. — La sensibilité est intimement liée à l'irritation des canaux dentinaires ouverts dans la carie. Il ne s'agit que de traverser rapidement la zone de défense ; une fois celle-ci dépassée, la sensibilité redevient normale, seule la partie terminale en contact avec le milieu buccal se trouve être hyperesthésiée.

Pulpite. — Si la pulpe est hyperesthésiée, le passage du foret dans la couche superficielle donne lieu à une légère sensibilité. Dans les pulpites aiguës partielles, la trépanation pulpaire, momentanément douloureuse, se calme tout de suite. Dans les pulpites aiguës totales, les phénomènes douloureux ne s'amendent que par l'application de caustiques additionnés d'anesthésiques.

Concluons que seule l'hypertension du contenu des canalicules pulpaires joue un rôle dans la transmission et la persistance des sensations douloureuses.

Pour se guider dans ses interventions, le praticien devra tenir compte des considérations qui précèdent.

Les phénomènes d'irritation et de défense contre les agents microbiens et contre les traumatismes opératoires, tant sur les tissus dentinaires que sur les tissus pulpaires, doivent nous engager à méditer la réflexion faite par M. Godon, notre éminent maître, il y a bientôt six ans. « Notre art doit se rapprocher de plus en plus des interventions chirurgicales. » Nous devons donc nous attacher à traiter en une séance les dentinites et les pulpites non infectieuses.

Ma démonstration pratique vous prouvera qu'il y a non seulement à se remémorer l'anatomie normale et l'anatomie pathologique des tissus sur lesquels nous travaillons, mais qu'il faut aussi largement tenir compte des facteurs mécaniques que nous employons : vitesse du moteur, dimension de l'outil, surface de contact, durée de l'application et de l'interruption, enfin pression exercée.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 10 janvier 1920.

Présidence de M. BLATTER.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

I. — CORRESPONDANCE ET PROCÈS-VERBAL.

Le Secrétaire général donne lecture :

1° D'une lettre de M. Frey s'excusant de ne pouvoir assister à cette réunion ;

2° D'une lettre de M. le professeur Sebileau qui, obligé de s'absenter et, par suite, empêché de faire sa communication, a prié son chef de clinique, qui est en même temps son gendre, M. Dufourmentel, de présenter cette communication à sa place.

Le président met aux voix le procès-verbal de la séance du 14 octobre, paru dans *L'Odontologie* de décembre 1919, qui est adopté.

II. — EVOLUTION CLINIQUE DES KYSTES DENTAIRES, PAR M. DUFOURMENTEL.

M. Dufourmentel donne lecture de cette communication (voir d'autre part).

DISCUSSION.

M. le président. — Vous venez d'entendre la très remarquable conférence de M. le docteur Dufourmentel. Je tiens à le remercier, au nom de la Société d'Odontologie, surtout des paroles très aimables qu'il nous a dites, au début, en parlant de M. le Professeur Sebileau. On sent très bien qu'il est formé à son école et il nous a fait avec beaucoup de clarté la description de ces cas pathologiques que nous constatons très fréquemment.

M. Roy. — Je suis très heureux de l'intéressante conférence de M. Dufourmentel qui, dans cette question extrêmement intéressante des kystes, a apporté l'ordre et la clarté, que M. Blatter signalait comme l'une des caractéristiques de M. le Professeur Sebileau et de tous ses élèves.

Je me permets de prendre la parole au cours de cette discussion ayant, je crois, quelque compétence dans la matière tout au

moins par le nombre de cas que j'ai observés et que je ne m'attacherai pas à chiffrer, mais qui est considérable.

Je me propose donc de faire ici quelques petites observations, non pas sur les points où je suis tout à fait d'accord avec M. Dufourmentel, mais sur quelques petits points qu'il me paraît nécessaire de compléter ou de rectifier, dans l'exposé très intéressant qu'il nous a fait, tout au moins à mon point de vue personnel.

Dans la classification des kystes qu'il nous a présentée, M. Dufourmentel nous a parlé des kystes dentifères et paradentaires.

Dans les dentifères, il nous en a décrit une variété intéressante, ce sont ceux dans lesquels le kyste paraît n'intéresser que la couronne de la dent, qui est seule dans la cavité kystique, dont les parois s'insèrent sur le pourtour du collet de la dent. Les racines dans ces cas restent complètement en dehors du kyste. Ces kystes sont rares.

Je viens d'en observer un tout à fait intéressant qui siège à la mâchoire inférieure, au niveau d'une dent de sagesse.

J'en ai observé un certain nombre au niveau des dents de sagesse et des canines supérieures.

Mes souvenirs d'embryologie sont un peu lointains, cependant, je crois que M. Dufourmentel fait une petite erreur quand il donne pour origine à ces kystes le sac folliculaire qui en constituerait la membrane d'enveloppe. Cela ne me paraît être le cas que dans les kystes dentigères contenant une dent entière, dans leur cavité comme ceux que je vais indiquer tout à l'heure. Dans le cas dont il s'agit, ces kystes me semblent plutôt formés par le *feuillet externe de l'organe de l'émail* et le *réticulum étoilé* dont les rapports avec la couronne sont bien les mêmes que ceux observés dans ces kystes tout à fait curieux au point de vue embryogéniques.

Mais il en est une autre variété, dont M. Dufourmentel ne nous a pas parlé et qu'il faut signaler : ce sont les kystes dentigères, qui contiennent non pas la couronne de la dent, mais une dent tout entière à leur intérieur et dans la constitution desquels le sac folliculaire joue évidemment un rôle. J'ai, à cet égard, une observation très intéressante qui a donné lieu à une erreur de diagnostic de la part d'un confrère qui, en présence d'une tuméfaction qu'il a trouvée dans le sillon vesticulaire d'une incisive centrale, a fait une trépanation en pure perte puisqu'il s'agissait d'une dent à pulpe vivante, et n'a rien vu disparaître au cours de cette opération. Voyant la persistance des accidents malgré ce traitement, il m'a envoyé la

malade ; je l'ai opérée et débarrassée de ce kyste qui contenait, à l'intérieur, une dent surnuméraire entière. Ce sont là des kystes dentigères caractéristiques.

Dans les kystes paradentaires, M. Dufourmentel nous parle du développement de kystes latéraux. J'avoue que j'ai vu un très grand nombre de kystes, et dans ceux que j'ai opérés, je n'en ai jamais constaté dont l'origine parut être la partie latérale de la dent. Il y a un fait tout à fait intéressant, c'est la présence constante à l'apex ; cela s'explique parce que c'est toujours à la suite d'une modification pulpaire que se produit le kyste et c'est pour cela que le kyste se produit à l'apex et non sur les parties latérales. Sur la partie latérale, j'ai trouvé plus souvent des tumeurs du ligament, mais de kystes proprement dit, j'avoue, pour ma part, n'en avoir pas trouvé. Théoriquement, on devrait pouvoir en trouver partout, mais dans les très grands nombres de cas que j'ai observés, ils semblaient toujours prendre naissance à l'extrémité radiculaire.

Dans les kystes que M. Dufourmentel a signalés, il en est une catégorie très importante que j'ai été heureux de lui voir signaler, mais d'une façon pas assez approfondie, me semble-t-il : ce sont les kystes avec hypérostose. Les kystes provoquent d'ordinaire une résorption osseuse qui amène la crépitation parcheminée par amincissement progressif de l'os ; mais, dans les cas dont je parle, deux processus différents se superposent : d'une part un processus de résorption à l'intérieur qui permet à la tumeur de se développer et, d'autre part un processus d'hypérostose à l'extérieur et alors, vous observez ainsi des kystes sans crépitation parchemimée, ni fluctuation bien qu'étant de gros volume ; ils sont plus fréquents à la mâchoire inférieure.

Dans ces kystes, vous avez une épaisseur considérable de la table externe. J'en ai enlevé, à la mâchoire inférieure, ayant une épaisseur d'un demi-centimètre.

Cependant, comme l'a fait remarquer M. Dufourmentel, en général, dans ces kystes-là, il est rare qu'il n'y ait pas un petit point aminci, en un point de la tumeur.

Je me souviens justement que, dans un cas de ce genre, j'ai vu un malade (il y a 20 ans) présentant une tuméfaction de consistance et d'apparence telles que je portai le diagnostic de sarcome et je l'envoyai à M. Sebileau à Lariboisière, qui confirma le diagnostic. On prépare le malade, on l'endort, puis heureusement, M. Sebileau est pris de remords et dit : on peut toujours faire une ponction. Il a eu, heureusement, ce geste ; c'était un kyste avec hypérostose.

Cette variété est intéressante à connaître, car le diagnostic,

avec l'ostéome qu'a signalé M. Dufourmentel, devient évidemment très délicat.

M. Dufourmentel parle de la saillie nasale au point de vue des symptômes cliniques. J'avoue n'avoir pas constaté ce symptôme dans les kystes qui étaient en rapport avec les fosses nasales ; mais, par contre, j'ai toujours constaté, pour ma part, des saillies vestibulaires Il y a peut-être là une différence d'appréciation tenant à la différence de spécialité qui existe entre nous : c'est une question de milieu.

A cet égard-là, je tiens à profiter de la circonstance pour relever une erreur matérielle dans un travail de M. Jacques, de Nancy, paru récemment dans la *Presse Médicale.*

Dans ce travail, M. Jacques dit qu'il n'y a pas de kystes à la mâchoire inférieure ; c'est une erreur absolue ; il en existe même d'assez nombreux, bien que je ne nie pas qu'ils soient plus fréquents à la mâchoire supérieure. L'erreur de M. Jacques tient évidemment à ceci ; c'est que, travaillant dans le nez, il n'a vu que les kystes de la mâchoire supérieure.

M. Dufourmentel nous a dit que les kystes tendent à la suppuration. Ici, je ne suis pas tout à fait d'accord avec lui et mon expérience me permet de dire que tant qu'un kyste n'a pas été ouvert, il ne suppure pas. Comment un kyste arrive-t-il à suppurer ? C'est, soit parce qu'on a enlevé la dent et de ce fait déchiré la paroi ou que, par toute autre cause, cette paroi a été rompue. Mais, si le kyste n'est pas ouvert, il n'y a pas suppuration.

Pour apporter cette affirmation, je m'appuie non seulement sur mes observations cliniques, mais sur une communication que M. Cavalier a faite, il y a quelques années, dans cette enceinte même, où il nous a apporté le résultat de ses recherches. Il a constaté ce fait très intéressant que le contenu des kystes est stérile et ne contient qu'un très petit nombre de micro-organismes.

Les kystes, nous dit M. Dufourmentel, se fistulisent par le sinus ; là j'ai une petite divergence avec lui, du fait de nos spécialités différentes sans doute. J'avoue que tous ceux que j'ai vus se fistulisaient par la bouche et j'ai toujours vu que la fistulisation par le sinus était secondaire à des interventions, et non primitive.

Je vais vous citer le cas très intéressant d'un kyste qui a pu se fistuliser par le nez, dans des conditions particulières.

Un jour, un malade se présente avec un énorme kyste de la fosse canine formant une grosse tuméfaction externe. Je décide avec ce malade que je l'opérerai huit jours après. Ce malade revient donc, mais il n'avait plus de tumeur ; le kyste avait disparu subitement. Cet homme était garçon dans une maison

de drap ; en sortant une pièce, celle-ci était tombée sur sa figure, le kyste s'était ouvert dans les fosses nasales et un flot de liquide s'était vidé par le nez.

Le kyste peut prendre un développement considérable sans ouvrir le sinus. J'ai vu des kystes ayant envahi tout le maxillaire droit ou gauche, le sinus se trouvait réduit à l'état de cavité virtuelle et néanmoins il n'y avait pas communication entre le kyste et le sinus ; ce n'est qu'au cours de l'intervention que la rupture de la paroi kystique et de la muqueuse sinusienne établissait une communication entre ces deux cavités.

Au point de vue du diagnostic rétrospectif, l'une des choses qui peut être la plus intéressante et que je fais toujours remarquer à mes élèves, c'est la régularité de la cavité osseuse creusée par le kyste, alors que dans une cavité provenant d'une nécrose, vous avez une cavité osseuse irrégulière. Dans les kystes, même suppurés, il y a une grande régularité des parois.

Au point de vue de l'opération, je suis tout à fait d'accord avec M. Dufourmentel quant au procédé opératoire ; ouverture large par le vestibule de la bouche et ablation de la paroi kystique à la curette ou, ce qui est rarement possible, par énucléation.

Certain confrère prétendait enlever tous les kystes par énucléation. Je pense que ce confrère n'avait pas dû enlever beaucoup de kystes.

M. Dufourmentel nous parle de l'étendue à donner à l'ouverture. Je crois qu'il est nécessaire de préciser un petit point à ce sujet : c'est que si l'on doit être sobre dans la résection osseuse, il faut être assez large quant à l'ouverture pour y voir bien clair.

Le diagnostic est un peu délicat, malgré la ponction, quand il s'agit de tumeurs solides. J'ai opéré récemment à la clinique de l'Ecole une malade qui présentait tous les caractères d'un kyste, la chose était d'autant plus compliquée que cette malade avait présenté un kyste de l'autre côté que j'avais opéré 10 ou 12 ans auparavant. Je fais une ponction, je retire un peu de liquide et cependant c'était une tumeur solide, présentant certains caractères histologiques du kyste.

Au point de vue du diagnostic, quand il s'agit d'un kyste suppuré, je signale ce fait que la sécrétion manque rarement ; même dans le kyste suppuré, il arrive fréquemment de faire le diagnostic par le liquide qui s'écoule. Lorsque l'on presse pour faire sortir le liquide, il se produit un mouvement de pompe car la cavité étant mi-osseuse, mi-membraneuse, les parois ne s'accolent jamais complètement ; le liquide qui s'écoule est clair et contient des parties de cholestérine mélangées au pus.

J'en ai fini, sauf cependant pour un dernier point que je tiens

à relever : l'anesthésie. Je dois dire que, contrairement à M. Dufourmentel, j'opère tous mes kystes avec anesthésie locale ; j'en appelle à M. Haloua qui est mon assistant à la Pitié et à M. H. Dreyfus, mon assistant à l'Ecole.

J'ai une petite technique particulière pour ces anesthésies que je vous décrirai un jour ; je regrette de n'avoir pas un kyste à opérer demain car vous verriez que dans les kystes même très étendus, on peut obtenir une anesthésie parfaite par anesthésie locale.

Je m'excuse d'avoir été aussi long et je prie M. Dufourmentel de ne pas voir dans ce que j'ai dit des critiques, mais simplement un petit complément de l'exposé très intéressant qu'il nous a fait.

M. Ferrand. — Deux mots seulement, au sujet des kystes du maxillaire inférieur, résultat de très nombreuses observations que j'ai faites, ayant étudié la question avec M. le professeur Cavalié pendant quatre ans.

Contrairement aux opinions qui ont été émises, toutes les observations de kyste en ma possession, et que je pourrais apporter, présentent, d'une façon absolue, une communication de la racine avec la cavité kystique.

M. Dufourmentel. — Je tiens à remercier M. Roy des intéressantes observations qu'il a bien voulu ajouter à ce que j'avais dit. Loin de les interpréter défavorablement, j'y vois une preuve de plus des bons effets que peut produire l'association des différentes spécialités. Je vous rappelle cependant que je vous avais annoncé à l'avance mon impuissance à ne rien omettre dans un temps aussi limité sur un aussi vaste sujet.

III. — Sur la métallurgie apliquée a l'art dentaire, par M. Bennejeant (de Clermont-Ferrand).

M. Bennejeant donne lecture de sa communication (sera publié).

Discussion.

Le Président. — Je remercie M. Bennejeant de sa très intéressante et très savante communication ; nous lui en sommes d'autant plus reconnaissants que, habitant loin de Paris, il a dû faire un long voyage pour assister à cette séance.

Discussion.

M. Roy. — Un mot seulement pour faire remarquer l'intérêt que présente la communication de M. Bennejeant, si on la rapproche du petit fait que j'ai signalé dans la dernière séance, de

décomposition électro-chimique de métaux dans la bouche. On comprend l'importance de ces recherches et il y a là l'embryon de l'explication du fait que j'ai signalé. Je serais très heureux, quand M. Bennejeant en aura pris connaissance, s'il veut bien me faire part de ses idées à ce sujet.

M. Bennejeant. — Au point de vue de l'usage buccal des métaux et alliages deux choses à considérer :

1° La résistance chimique ;

2° Les corrosions locales.

Pour les métaux purs la résistance chimique est variable avec chaque métal. Restant seuls inattaqués le platine, l'or et l'étain.

Pour les alliages la résistance chimique dépend de leur constitution et de la résistance chimique des deux métaux constituants.

Les corrosions locales dépendent des facteurs suivants :

a) L'homogénéité du métal ou de l'alliage (impuretés, soufflures, multiplicité de soudures et de métaux ou alliages différents).

b) L'état physique du métal ou de l'alliage (l'écrouissage facilite).

c) L'état de la surface (les surfaces polies s'altèrent moins).

d) Le contact avec un métal ou un alliage différent (*Odontologie* 1913, *Journal dentaire belge* 1920).

M. Roy. — C'est justement le cas.

M. Bennejeant. — Cela dépend aussi de la composition de l'alliage ; si l'on a affaire à une constitution solide, ce sera différent ; si l'on a affaire à une action chimique, comme dans les amalgames de zinc qui ne noircissent pas en bouche, c'est que le mercure forme avec le zinc un mélange magnétique et le zinc paie les frais de la sulfuration ; comme le métal de zinc est un métal blanc, il n'y a pas de sulfuration de la dent.

IV. — COMMUNICATION DE M. VICHOT, DE LYON, PRÉSIDENT DE LA SECTION D'ODONTOLOGIE DE L'A. F. A. S., AU SUJET DU CONGRÈS DE STRASBOURG DE 1920.

M. Vichot. — Permettez-moi, tout d'abord, de vous remercier de m'avoir ouvert la tribune de la Société d'Odontologie pour venir faire un court et pressant appel au sujet de la réunion de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences qui aura lieu à Strasbourg au mois de juillet prochain.

Il donne lecture de sa communication (V. n° d'avril), qui est accueillie par de vifs applaudissements et ajoute :

Je vois qu'aujourd'hui à la réunion de la Société d'Odontologie nous avons le bonheur de posséder quelques-uns de nos camarades de Belgique. Je vous ai fait ce soir et je leur fais à

eux-mêmes une invitation pressante de bien vouloir assister à notre Congrès. J'espère que ceux qui sont ici feront de la propagande dans leur pays et nous attireront un grand nombre d'adhérents.

M. le Président. — Vous avez entendu l'appel chaleureux de M. Vichot. Vous pourrez adresser à M. Miégeville les communications, qu'il transmettra à M. Vichot.

M. Godon. — Je voudrais appuyer l'invitation que vous adresse notre ami M. Vichot.

La section de l'A. F. A. S. est très intéressante pour les chirurgiens-dentistes et notre groupement. Nous l'avons créée à la suite du Congrès de Paris en 1900.

Précédemment, nous étions obligés d'organiser nous-mêmes chaque année les congrès en province ; nous avions toutes les difficultés de ces organisations et les résultats étaient bien moins importants et bien moins complets que ceux que nous obtenons depuis avec cette section d'Odontologie de l'A. F. A. S.

Je ne saurais trop insister auprès de vous sur la nécessité d'adhérer en grand nombre à cette section et d'en assurer le succès chaque année, non seulement au point de vue patriotique, mais encore à celui de l'utilité du développement et du progrès de la section d'Odontologie qui est établie sur le principe de l'autonomie de notre science spéciale.

Il y a une autre considération que je dois vous dire : c'est que, cette année, c'est l'Ecole dentaire de Lyon qui, par son président, a l'honneur de la direction de cette Section et je crois que notre devoir, à nous membres de l'Ecole dentaire de Paris, est d'appuyer de toutes nos forces dans cette œuvre l'Ecole dentaire de Lyon et son très distingué représentant. (*Applaudissements.*)

M. Roy. — Je suis un des fervents des Congrès et je voudrais insister dans le même sens que viennent de le faire mes amis Vichot et Godon.

Je voudrais dire quelque chose de plus : c'est qu'il ne faut pas croire que, pour assister à un Congrès, il faut nécessairement y faire une communication. Il faut y assister, même pour y entendre des communications. Un grand nombre de nos jeunes confrères pourraient croire que parce qu'ils n'ont rien à dire ils ne doivent pas aller à Strasbourg.

Or, en dehors des considérations patriotiques qui les inviteraient à y aller, ils y ont un intérêt scientifique. Les confrères négligent trop les congrès. Je puis dire que jamais je n'ai assisté à un congrès, à une réunion scientifique de quelque nature qu'elle soit, soit en France, soit à l'Etranger, sans en rapporter quelque chose d'utile pour moi-même. Si vous voulez vous instruire, res-

ter à la hauteur du savoir nécessaire dans une profession dont l'évolution est constante et considérable, il est indispensable pour tous, jeunes et vieux confrères, de participer à tous les congrès, à toutes les réunions professionnelles.

Il y a là une question d'intérêt général et d'intérêt professionnel dont vous ne vous repentirez jamais.

Le Président. — Je remercie vivement M. Vichot de s'être dérangé ce soir pour nous faire cette communication. Mais non seulement nous avons à Paris, ce soir, la Province, nous avons encore la grande joie d'avoir la Belgique et c'est un devoir pour nous de souhaiter la bienvenue à nos vaillants confrères belges (*Très vifs applaudissements.*)

M. Huet me disait : pendant cinq ans, nous avons été emmurés, nous n'avons eu aucune relation avec le monde extérieur au point de vue scientifique et, savoir que la paix est faite, que nous sommes victorieux, constitue pour nos collègues une profonde émotion.

Je les salue donc et leur souhaite la bienvenue, convaincu d'être l'interprète de toute l'Assemblée. (*Applaudissements prolongés.*)

Nos confrères belges présents ce soir sont MM. Quintin, Rosenthal, Cerf, Huet, Demoulin, Joachim, Quarterman.

V. — Sur l'application de quelques données scientifiques au meulage et au fraisage des dents, par M. Huet, de Bruxelles.

M. Huet donne lecture de cette communication (V. d'autre part), suivie le lendemain d'une démonstration pratique (V. n° d'avril).

Le président. — Je remercie M. Huet de sa très intéressante communication.

Je vous rappelle que, demain, vous devez revenir à l'Ecole pour les démonstrations pratiques, qui commenceront à 9 h. 1/2 au plus tard ; un déjeuner amical à l'Hôtel Terminus suivra cette séance. On peut s'inscrire auprès de M. Miégeville ou de M. Henri Villain.

Je vous donne donc rendez-vous demain à 9 h. 1/2 et vous invite à participer à ce déjeuner, qui est surtout une manifestation en l'honneur de nos confrères et amis belges.

La séance est levée à 11 h. 30 du soir.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

HYGIÈNE

LE DISPENSAIRE DENTAIRE DANS L'INDUSTRIE AUGMENTE LA PRODUCTION.

Par L. PETTIBONE, de Cleveland.

Dans les cinquante dernières années l'industrie a fait tous ses efforts pour augmenter la production et perfectionner l'outillage ; maintenant elle doit s'occuper de perfectionner la machine humaine.

Or, les dents sont très négligées dans la machine humaine et pourtant très importantes, car c'est par elles que passent les aliments, l'eau et une partie de l'air qui entre dans le corps.

Le mauvais état de la bouche entrave considérablement la production de l'ouvrier ; par contre la mise en bon état rend à celui-ci tous ses moyens. Exemple : Sadie J.., ouvrière de fabrique, âgée de 22 ans, gagne 47 dollars 85 en septembre ; après la création d'un dispensaire dentaire dans cette fabrique et la mise en état de sa bouche elle gagne 65 dollars en juillet.

Autre exemple fourni par le rapport du Conseil d'Enseignement de Cleveland :

« A l'Ecole Marion, située dans le quartier le plus populeux de la ville, il fut formé une classe de 27 élèves auxquels on apprit à se nettoyer les dents et on donna les soins dentaires nécessaires pendant 10 mois. Pour se rendre compte du résultat obtenu, ils avaient été soumis avant le traitement à divers exercices de mémoire, de calcul, de compréhension, etc. ; les mêmes exercices, répétés après le traitement, donnèrent une augmentation de 32 à 918 0/0, soit en moyenne 98 9/10 0/0 pour la classe.

» Six élèves purent faire en 24 semaines le travail fait d'ordinaire en 38 et purent passer dans une école supérieure en février, au lieu de juin. Un garçon qui était dans la 6e classe en mai 1910 put passer dans la 8e un an plus tard ; un autre, qui, aux exercices physiques, ne pouvait pas gagner un point, fut le premier aux jeux athlétiques et obtint les 2/3 des points gagnés par l'école. »

Cette expérience eut pour résultat la création de dispensaires dentaires dans toutes les écoles du pays.

25 0/0 des ouvriers d'usine peuvent donner une augmentation de rendement si leurs bouches sont mises en bon état. Nous avons, en effet, examiné les bouches de centaines d'ouvriers de 21 à 31 ans ; 20 0/0 de ces bouches étaient en très mauvais état ; 10 0/0 avaient besoin d'obturations.

Il y a quatre espèces de dispensaires dentaires dans l'industrie : 1° ceux où l'on se borne à l'inspection et à la prophylaxie ; 2° ceux où l'on fait, en plus, des obturations, avec un prix modique à percevoir de l'employé ; 3° ceux où la dentisterie complète est exécutée aux frais des employeurs ; 4° ceux où l'on ne soigne que les enfants des employés.

Dans une fabrique le temps économisé du 1er janvier 1918 au 1er août 1918 par les ouvriers traités au dispensaire était de 25.300 heures en comptant 4 heures pour aller chez le dentiste et en revenir. Le salaire minimum étant de 1 dollar dans cette fabrique, l'économie fut de 25.300 dollars.

Un dispensaire dentaire coûte autant qu'un dispensaire médical — 1.000 dollars — et n'exige pas plus que celui-ci pour son fonctionnement. Cela vaut la peine d'être pris en considération.

(*Dental Summary*, juin 1919.)

LES MAUVAISES DENTS ET LEUR EFFET SUR LA PRODUCTION INDUSTRIELLE

Par Carl E. Smith, d'Akron.

La production, en se plaçant au point de vue de la santé, est difficile à déterminer. Nous savons toutefois que, si une localité est pourvue d'eau pure, elle est exempte de fièvre typhoïde, d'où absence de perte économique. Il en est de même du lait et de toutes les précautions nécessaires pour entretenir la santé.

Cela est vrai au point de vue dentaire. Si nous enseignons à une masse populaire l'hygiène buccale, nous ne pouvons pas dire combien la santé en sera meilleure ni dans quelle mesure nous l'avons sauvée de maladies diverses.

Dans les 16 derniers mois j'ai examiné 30.000 bouches, dont 17.000 américaines et 13.000 étrangères. Sur ce nombre 96 o/o ont besoin de soins, 4 o/o sont saines ; 9 o/o sont exemptes de cavités et peuvent être rendues saines par un nettoyage complet ; les autres présentent toutes de la pyorrhée ou des dents cariées ou abrégées, des plaques muqueuses avec toutes les bactéries virulentes propres à causer des maladies lorsque la résistance sera affaiblie. Le danger d'une bouche mal tenue est bien connu. Dans une bouche exempte de carie, mais avec des dépôts de calculs et des plaques muqueuses, la gingivite se développe et, comme les gencives sont douloureuses et saignantes, l'homme renonce à mastiquer et les aliments passent dans l'estomac en y entraînant

des organismes pathogènes. L'estomac ne peut pas faire une double besogne et avec le temps la maladie survient. De sorte qu'en enseignant l'hygiène buccale nous arrêtons la maladie non seulement dans la fabrique mais dans la localité.

Dans 30.000 bouches on trouve bien 60.000 cavités. Que représente une cavité pour un ouvrier ? D'abord une légère ouverture de l'espace interdentaire où les aliments s'accumulent en irritant la gencive : Cet homme renonce alors à la mastication de ce côté de la bouche, la carie se développe jusqu'à ce que la pulpe soit exposée, la dent est douloureuse, l'ouvrier quitte le travail.

La pulpe peut mourir en 24 heures ou cesser d'être douloureuse pour recommencer quelques jours après. Si la pulpe meurt, on a l'abcès alvéolaire aigu au bout de quelque temps ; en fin de compte l'homme va chez le dentiste pour l'extraction. Pendant ce temps il s'est accumulé des malpropretés sur les autres dents de ce côté de la bouche, la carie a commencé et s'est développée ; il faut faire extraire la voisine de celle qui a déjà été arrachée. Les autres dents se décalcifient et peu à peu sont enlevées comme les précédentes de ce côté. Si nous admettons que les dents sont nécessaires à la mastication et à la digestion, l'employé ne jouira certainement pas de la bonne santé qu'il aurait eue s'il avait pu empêcher la première cavité.

Dans 30.000 bouches il y a environ 18.000 extractions à opérer et toutes les dents à enlever sont abcédées. Or, ces foyers d'infection sont la cause de nombreux troubles.

Si un ouvrier se présente à la visite médicale avec un ongle incarné suppurant au pied ou à la main, il est considéré comme impropre au travail ; s'il a un abcès alvéolaire aigu avec œdème du maxillaire, il en est de même jusqu'à ce que la cause ait été enlevée. Mais on ne peut pas suspendre le travail des ouvriers avec 18.000 extractions nécessaires, autrement cela équivaudrait à supprimer 25 o/o de tout le travail. Le mieux est alors de conseiller l'extraction.

Dans 30.000 bouches il y a 40.000 dents extraites, ce qui représente l'impossibilité de mastiquer convenablement les aliments et chacun connaît les conséquences d'une mastication insuffisante.

On peut apprécier la diminution de production causée directement par l'odontalgie à un ouvrier à la pièce.

Les ouvriers souffrant des dents signalent une perte journalière variant de 1 f. 75 à 7 f. 50.

Un ouvrier souffrant des dents cesse son travail pour aller chez le dentiste, qui le soulage. Perte de temps : 2 heures environ en un jour.

60.000 cavités et 18.000 extractions à faire représentent 78.000 opérations. Si chacune représente une perte de 2 dollars (temps et soins) cela fait 156.000 dollars. A New-York l'an dernier 67.000 enfants ne purent avancer d'une classe en raison d'absences dont 80 0/0 sont imputables sans doute à des dents défectueuses, ce qui représente 1.037.696 dollars à la ville pour faire redoubler une année à ces enfants Dans quelques années ces enfants seront dans nos usines et une forte proportion ne pourront arriver à de beaux salaires à cause d'une mauvaise santé due au mauvais état de leurs dents.

Que ne peut-on pas faire par la voie de la prévention ? Il existe beaucoup de cliniques dentaires scolaires. C'est là une chose excellente ; mais l'enfant a six ans quand il entre à l'école et il y a beaucoup de mal de fait, de sorte que l'œuvre de la clinique est plutôt réparatrice ; néanmoins il n'est pas trop tard pour enseigner l'hygiène buccale aux enfants. Avec cet enseignement ils quitteront l'école mieux préparés à la vie industrielle.

De nombreuses cliniques ont été établies dans les fabriques ; toutes opèrent en collaboration avec le médecin pour obtenir de meilleures conditions d'hygiène.

(*Dent. Summ.*, juin 1919).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nous avons reçu de l'Office national du commerce extérieur (Ministère du Commerce et de l'Industrie) une note adressée par la Résidence générale à Rabat (Maroc) sur la réglementation de l'exercice de la profession de dentiste au Maroc et les chances de réussite que pourraient avoir des praticiens français en établissant un cabinet dentaire dans certains centres de ce pays.

Ces renseignements étant susceptibles d'intéresser nos lecteurs, nous les publions ci-après.

NOTE SUR LA PROFESSION DE DENTISTE AU MAROC

1° *Conditions à remplir pour exercer la profession de dentiste au Maroc.*

La profession de dentiste au Maroc est réglementée par le Dahir du 12 avril 1916 (*Bulletin Officiel*, n° 183 du 24 du même mois), publié dans *L'Odontologie* du 30 août 1919.

Aux termes de l'article 1er de ce texte, « nul ne pourra dans toute l'étendue de la zone française de l'empire chérifien exercer la profession de médecin, pharmacien, dentiste ou sage-femme, s'il n'est possesseur d'un titre en donnant le droit dans le pays où il lui a été concédé ».

L'autorisation de pratiquer est délivrée par le Secrétaire général du Protectorat après examen des diplômes de l'intéressé. La demande d'autorisation doit être remise aux autorités administratives locales (municipalités ou contrôles civils).

Les dispositions qui précèdent s'appliquent aux praticiens exerçant pour leur propre compte. Ceux-ci ne peuvent accéder à un emploi public que s'ils sont français.

2° *Liste des dentistes par ville avec indication de la population au mois de juillet* 1919 [1].

Casablanca.

Population.	Musulmans.	35.000
	Israélites.	15.000
	Européens	39.380

1. Les chiffres de la population indiqués dans cette étude sont ceux de la population sédentaire. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner s'ils sont parfois inférieurs à ceux publiés à l'Annuaire économique et financier qui font état de la population globale (sédentaire et flottante) au 1er janvier 1918.

Liste des dentistes.
- Arnone Vincent, boulevard de l'Horloge.
- L. Blanc, boulevard de la Gare.
- Chalery, rue du Marché-aux-Grains.
- P. Fulle, rue Nationale.
- Jalabert, 45, boulevard d'Anfa.
- Katsoulis, boulevard de la Liberté, Maison Guernier.
- Vincent, 421, rue du Général-Drude.

Des soins gratuits sont donnés 2 fois par semaine à l'hôpital.

La nécessité de l'installation d'un nouveau dentiste ne se fait pas sentir.

Rabat-Sale.

Population.		Rabat.	Sale.
	Musulmans	22.575	25.000
	Israélites	3.310	2.000
	Européens	6 468	571

Liste des dentistes.
- de Merestel, rue El Gza.
- Zedner, boulevard El Aleu.

Il existe un hôpital militaire qui à l'heure actuelle est dépourvu de dentistes.

Il semble qu'il y aurait place pour un troisième dentiste ; les deux dentistes déjà établis arrivent difficilement à satisfaire leur nombreuse clientèle qui s'accroît avec le développement de la ville.

Meknes.

Population.		
	Musulmans	29.740
	Israélites.	5.405
	Européens	2.202

Un seul dentiste, M. Held, 90, rue Rouamzine, est déjà installé. Il suffit largement à la clientèle.

Fez.

Population.		
	Musulmans.	100.000
	Israélites	7.750
	Européens.	1.439

Un dentiste espagnol, M. Cortes, est installé à Fez depuis 1912.

Il y aurait place pour un dentiste français. Une clinique dentaire pourrait être ouverte et lui être confiée à l'hôpital Auvert, comme cela s'est fait pendant la guerre.

Marakech.

Population.		
	Musulmans.	85.000
	Israélites.	18.000
	Européens	1.750

Les soins dentaires sont actuellement donnés à l'Hôpital Maisonnave par un dentiste militaire. Le dentiste de Mazagan vient de temps à autre à Marakech.

Un dentiste qui s'établirait aurait des chances sérieuses de réussite.

Mogador.

Population.	Musulmans	9.000
	Israélites	8.000
	Européens	494

Il existe déjà un dentiste, M. Kelner, de nationalité tchéco-slovaque.

Si l'on s'en tient au chiffre relativement peu important de la population, il semble qu'il n'y ait pas lieu de conseiller l'installation d'un nouveau dentiste.

Safi.

Population.	Musulmans	19.935
	Israélites	3.857
	Européens	787

Un dentiste de Mazagan vient de temps à autre à Safi.

L'installation d'un dentiste à demeure ne paraît pas s'imposer et des réserves sont à formuler en ce qui concerne les chances de réussite.

Mazagan.

Population.	Musulmans	3.109
	Israélites	17.072
	Européens	1.590

Il existe un dentiste de nationalité norvégienne qui visite Safi et Marakech. Un deuxième dentiste, actuellement à Nice, doit prochainement s'installer.

Ces deux dentistes suffiront largement, semble-t-il, aux besoins de la population.

Oudja.

Population.	Musulmans	12.000
	Israélites	2.000
	Européens	4.150

Il existe un dentiste français, M. Fulla, qui pour le moment paraît suffire aux besoins de la population.

LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE EN ALLEMAGNE

Prusse

Le Gouvernement prussien a autorisé l'été dernier les Facultés de médecine à conférer le titre de docteur en chirurgie dentaire *(Doktor der Zahnheilkunde, Doctor medicinæ dentariæ)*. Les dispositions réglementaires à ce sujet se trouvent dans les communications du Bureau de la santé publique (Mitteilungen des Gesundheitsamtes) nº 17, du 29 octobre 1919 (Wiener Vierteljahrs. f. Zahnheilk., octobre 1919).

Bavière

Les trois Universités nationales de Bavière ont été autorisées par le Ministre de l'Instruction publique et des Cultes à conférer le titre de docteur en chirurgie dentaire (*Doktor der zahnheilkunde, Doctor medicinæ dentariæ)*. Comme conditions préalables le candidat doit posséder le certificat de maturité d'un lycée d'enseignement classique ou d'un d'enseignement moderne ou d'une école primaire supérieure (*Oberrealschule*), avoir fait au moins 8 semestres d'études réglementaires, avoir écrit un mémoire scientifique susceptible d'être imprimé, et subi avec succès un examen oral.

Deux chirurgiens-dentistes (Zahnärzte) de Bavière ont obtenu à l'Université d'Erlangen le titre nouvellement créé de docteur en chirurgie dentaire. Ce sont les premiers titulaires de ce diplôme.

Saxe

Le règlement des promotions de chirurgiens-dentistes à l'Université de Leipzig a été adopté par le ministre des Cultes de Saxe et est entré en vigueur. La Faculté de médecine de Leipzig peut, d'après cela, conférer à l'avenir le titre de docteur en chirurgie dentaire à la suite d'examens ou *honoris causa.*

Sont admis à cet examen tous les chirurgiens-dentistes approuvés qui possèdent le certificat de maturité d'un lycée allemand d'enseignement classique ou d'enseignement moderne ou d'une école primaire supérieure allemande, qui justifient avoir fait des études pendant 8 semestres au moins et qui ont obtenu l'approbation comme chirurgien-dentiste (zahnarzt) pour l'empire allemand, ainsi que tous les médecins approuvés qui ont l'approbation comme chirurgiens-dentistes.

(*Deutsche zahnärztliche Zeitung*, 28 janvier 1920.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'AIDE CONFRATERNELLE

Un bel exemple de générosité vient d'être donné par MM. de Trey et Cie, les fournisseurs pour dentistes bien connus, qui ont mis à la disposition de l'Aide confraternelle *un don de cinquante mille francs.*

Nous nous faisons un plaisir de reproduire ci-dessous la lettre qu'ils ont écrite à ce sujet à l'Aide confraternelle.

Nous nous réjouissons, avec tous ceux qui s'intéressent au succès de cette œuvre, éminemment utile, et nous souhaitons que l'acte de philanthropie de MM. de Trey trouve beaucoup d'imitateurs.

Paris, le 21 avril 1920.

Monsieur le Président et Messieurs les Membres du Comité de *l'Aide confraternelle aux dentistes victimes de la guerre*, Paris.

Messieurs,

En réponse à la lettre que vous écriviez, il y a quelque temps déjà à notre représentant, M. Renaud, dans laquelle vous lui exposiez la situation de l'Aide Confraternelle, et tout particulièrement la nécessité où vous vous trouvez de réunir un fonds spécial pour vos orphelins de guerre, nous avons le très grand plaisir de vous remettre sous ce pli un chèque de cinquante mille francs, qui constituera notre contribution à votre œuvre si utile, au moment où la France s'applique de tout son effort à la réparation des maux causés par la guerre qu'elle n'avait pas cherchée.

Ce don contribuera plus spécialement encore à honorer dans les orphelins et dans les veuves la personne sacrée de ceux qui sont tombés dans la lutte pour le droit et pour la justice.

Nous sommes heureux ds saisir cette occasion pour vous dire toute notre sympathie pour l'œuvre utile que vous avez faite pendant les années de guerre et que vous ferez encore dans l'avenir.

Veuillez agréer, etc.

De Trey et Co. LTD.

CONGRÈS DE STRASBOURG

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

Section d'odontologie

Le Conseil d'Administration de l' A. F. A. S. a décidé que le Congrès de Strasbourg s'ouvrirait le lundi 26 juillet et se clôturerait le samedi 31.

Comme on le verra par la 1re liste d'adhérents, de nombreux confrères ont déjà répondu à notre appel.

M. J. Godart, ex-sous-secrétaire d'Etat du service de santé, a promis sa présence, ainsi que le Dr E. Dubeau, Directeur de l'Ecole dentaire de Montréal. M. David, ministre de l'Intruction publique de la Province de Québec (Canada), qui sera probablement en France à cette époque, nous a laissé espérer qu'il assisterait au Congrès ou tout au moins s'y ferait représenter.

D'autre part, un certain nombre de confrères belges nous ont demandé leur inscription et nous leur avons dit combien nous serions heureux de les accueillir parmi nous.

Tous les confrères qui désirent, soit avoir des renseignements, soit se faire inscrire pour la section d'Odontologie du Congrès, doivent s'adresser au président, le Dr Vichot, 6, rue de la Barre, à Lyon, ou au secrétaire, M. Vicat, 20, rue d'Algérie, à Lyon.

1re *liste d'adhérents.*

Dr Pont, Lyon.
Dr Bouchard, Lyon.
Vicat, Lyon.
Chouvon, Cannes.
Paul Henry Jean, Dijon.
Lucien Vichot, Angers.
Tournier-Daille, Lons-le-Saulnier.
Eymard, Mulhouse.
Zamkoff, Paris.
Henri Villain, Paris.
Georges Villain, Paris.
Dr Sauvez, Paris.
Blatter, Paris.
Dr Godon, Paris.
Quintin, Bruxelles.
Joachim, Bruxelles.
Quarterman, Bruxelles.
Harwood, Lyon.
Dr Maurice Roy, Paris.
Dr James Quintéro, Lyon.
Marius Raton, Lyon.
N. Cottarel, Paris.
A. Cottarel, Neuilly-sur-Seine.
O. Cerf, Liège.
Rosenthal, Bruxelles.
Demoulin, Bruxelles.
Huet, Bruxelles.

Paillottin, Paris.
P. Martinier, Paris.
Touvet-Fanton, Paris.
G. Viau, Paris.
L. Viau, Paris.
Miégeville, Paris.
Dr Fischer, Paris.
Brodhurst, Le Vésinet.
Soulard, Lyon.
Rouvier, Lyon.
Ravet, Lyon.
Chazette, Lyon.
Grenier, Lyon.
A. Lévy, Strasbourg.
Dr Lickteig, Strasbourg.
Dr Hamann, Strasbourg.
Wagner, Strasbourg.
Wendel, Strasbourg.
Wisner, Strasbourg.
Pelliet-Cuit, Strasbourg.
Dr Kieffer, Strasbourg.
Guex, Strasbourg.
Louis Roth, Strasbourg.
Hagenhauer, Strasbourg.
Spira, Colmar.
Mlle Malfait, Strasbourg.
Dr Thadée, Béziers.
Bettmann, Lille.
Dr Frey, Paris.
Helot, Oran.
Devoucoux, Paris.
Tireau, Paris.
Morineau, Paris.
Davenport, Paris.
Le Bègue, Paris
Dr Dubeau, Montreau.
Dr Nux, Toulouse.
Rohmer, Lyon.
Fabret, Nice.
Dr Hally-Smith, Paris.
Dr Robinson, Paris.
Dr de Névrezé, Paris.
Dr Gauthier, Nice.
Ch. Guebel, Paris.
Dr Kritchewsky, Paris.
Borrey, Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

Etude de topographie cranio-cérébrale.

M. le Dr René Miégeville, répétiteur-adjoint à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, a publié chez Vigot frères, éditeurs, une brochure de 89 pages sous le titre *Etude de topographie cranio-cérébrale pour la recherche des abcès oto-encéphaliques*. C'est un travail de l'école d'anatomie des hôpitaux de Paris, laboratoire de M. le prof. Sebileau, auquel ce livre est dédié.

De nombreux schémas et de nombreuses figures illustrent cet ouvrage, que l'auteur était particulièrement qualifié pour écrire et pour lequel il a puisé d'abondants éléments dans les formations sanitaires auxquelles il a été affecté pendant la guerre, notamment comme chef du Centre de chirurgie cervico-faciale de la IVe armée.

Livres reçus.

Nous avons reçu les ouvrages suivants:

1° La leçon inaugurale du prof. R. Weiser, président de l'Institut dentaire de l'Université de Vienne (Autriche), consacrée à cet Institut, à sa tâche et à ses moyens d'action.

2° De M. Joao Madeira Pinto, de Lisbonne, une brochure de 40 pages, dont il est l'auteur, illustrée de 21 figures, sur *les blessures de la face et les fractures des maxillaires pendant la guerre* (en portugais).

Notre confrère qui est médecin militaire et directeur de la clinique stomatologique de l'hôpital militaire de Lisbonne, expose le traitement appliqué par lui à des blessés du contingent portugais qui a combattu en France.

3° Les comptes rendus de la *Conférence interalliée pour l'étude de la rééducation professionnelle et des questions qui intéressent les invalides de la guerre*, tenue à Paris du 8 au 12 mai 1917, au Grand Palais.

4° Une brochure de 61 pages, intitulée : *Les persécutions contre les médecins arméniens pendant la guerre générale en Turquie*, publiée par l'Union des médecins arméniens.

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques FILDERMAN
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Mais notre avance est arrêtée par la résistance de l'ennemi et nous nous installons à Vieux dans des abris allemands excessivement confortables, garnis de tapis et de meubles de luxe. Ces abris présentent cependant de graves inconvénients, car leurs ouvertures font face à l'ennemi et la saucisse boche voit toutes nos entrées et sorties. Aussi, sommes-nous constamment bombardés. Le jour, cela ne nous dérange pas beaucoup, car dès qu'on entend un sifflement qui se rapproche un peu trop, on se précipite dans la sape que les Boches ont eu le bon esprit de nous préparer à l'entrée de l'abri. Mais cette sape, qui n'est qu'un couloir étroit, atteint à peine une largeur de 0m 60, et le soir, lorsque, par ordre, nous y descendons pour coucher, nous ne trouvons pas assez de place pour tous. On se couche à deux, en longueur, l'un à côté de l'autre, et pour pouvoir nous caser, il faut que l'un de nous se couche le premier, sur le côté, et c'est seulement après que l'autre peut s'introduire dans l'étroit espace resté libre. On y est vraiment mal et on ne peut pas faire le moindre mouvement sans déranger son camarade ; on a le corps meurtri. Cependant, on ne peut pas coucher dans l'abri, où l'on a de bons lits, car ce serait trop dangereux. Un homme qui, malgré les ordres, était resté en haut pour dormir plus à l'aise, a été grièvement blessé.

Une nuit, l'ennemi réussit à mettre le feu dans une baraque qui touche à la nôtre et nous oblige à nous sauver sous le bombardement, à la lueur des flammes. Nous nous réfugions sur les marches de l'escalier conduisant à la sape du colonel.

Les attaques se renouvellent sans répit, car le Boche qui s'est cramponné au terrain, ne veut plus le lâcher.

Quand ce ne sont plus les nôtres qui attaquent, c'est l'ennemi qui contre-attaque, de sorte que du matin au soir et du soir au matin la canonnade n'arrête pas et nous sommes tous crispés et

énervés par ce bruit ininterrompu, accentué par le sifflement désagréable des obus qui passent.

Les blessés sont nombreux et il y en a de très graves. Il y a aussi beaucoup d'intoxiqués par les gaz et c'est un spectacle pénible de les voir arriver par dizaines s'accrochant l'un à l'autre, aveuglés, et se cachant les yeux, dont ils semblent beaucoup souffrir. D'ailleurs nous aussi, nous recevons les gaz, mais nous mettons les masques à temps, et nous n'avons pas de mal.

Nous avons l'impression que le front est stabilisé, qu'on n'avancera plus et que la guerre de tranchées va recommencer. Presque tous les jours, il y a des victimes parmi nous et le moral deviendrait mauvais si nous n'étions pas consolés par les bonnes nouvelles qui nous parviennent des autres fronts.

Ce sont les avions qui se chargent de nous apporter ces nouvelles ; tous les jours, à la même heure, il y en a un qui nous survole à une faible altitude et nous lance des paquets de journaux. C'est ainsi que nous apprenons qu'après la Bulgarie, l'Autriche et la Turquie ont demandé l'armistice.

Un jour, poussé par la curiosité, je vais me promener dans le village, pour voir les organisations allemandes, lorsque j'ai la bonne fortune de rencontrer le dentiste d'un régiment américain qui se trouve sur notre droite. Mais, nous avons à peine le temps d'échanger quelques paroles, qu'une rafale d'obus s'abat sur le village et nous oblige à nous séparer rapidement.

La bataille continue avec rage.

Challerange, que nous découvrons de notre poste, est en flammes.

Sur plusieurs points, à l'horizon, nous voyons des incendies, tandis qu'en plein jour les fusées rouges, vertes, blanches, à trois ou à plusieurs feux, nous donnent de vagues indications sur la marche des événements.

Entre temps, j'ai à calmer quelques pulpites, ce qui n'est évidemment pas aussi important, que les quelques pansements pour fractures du maxillaire inférieur, que j'ai l'occasion de faire.

La canonnade ennemie devient de plus en plus meurtrière et les pauvres blessés arrivent au poste de secours littéralement hachés par la mitraille allemande. Entre autres, un homme est apporté sur un brancard avec les deux cuisses presque complètement séparées du corps, auquel elles ne se rattachent plus que par quelques lambeaux de chair. Il a des blessures partout : sur la tête, sur les membres supérieurs et sur le corps. Il garde, cependant, tout son sang-froid et ne se plaint pas. S'il a des paroles de regret, c'est pour sa femme, car il est au front depuis le début de la guerre, sans avoir jamais été évacué..... Les morts, aussi, sont nombreux. A côté de la tombe qu'on avait creusée le premier

jour de notre arrivée, d'autres sont venues s'aligner et maintenant c'est un petit cimetière que nous avons devant les yeux !

Au moment où nous nous y attendons le moins, une bonne nouvelle nous parvient : l'Allemand recule et nous allons le poursuivre. Evidemment, cela ne sera pas sans danger, mais, au moins, nous aurons la satisfaction d'avancer.

Donc, quelques heures après, en plein jour, par un beau soleil d'automne; épiés par les saucisses ennemies qui voient tous nos mouvements, et malgré les coups de canon, nous nous avançons jusqu'à la colline en forme de piton qu'on appelle « Spitzberg » où s'installe le poste de secours.

Ici, nous sommes pris d'enfilade par l'artillerie ennemie qui nous bombarde de tous côtés. Mais nous avons une sape solide qui est un ancien abri à munitions, creusé dans la colline, Nous n'avons pas beaucoup de place pour loger les blessés et nous sommes gênés pour faire les pansements.

Un blessé qui vient d'arriver nous raconte qu'un de ses camarades, grièvement touché, a réussi à se réfugier dans un abri abandonné où il reste ignoré depuis plusieurs heures. Il faudrait aller le chercher et pour cela prévenir les brancardiers du 1er bataillon dont il fait partie; mais personne ne sait où se trouve le P. S. de ce bataillon.

N'étant pas occupé momentanément, je m'offre à aller à sa recherche. Après quelques minutes d'hésitation, le médecin-chef accepte ma proposition. Sur la carte d'état-major, il m'indique vaguement l'emplacement probable du poste que je dois trouver, tandis que le blessé me renseigne sur l'endroit où est resté son camarade.

Je pars rapidement, car le jour commence à baisser et comme je suis seul, je voudrais être de retour avant la nuit. Les canons français sont placés juste devant notre poste et je suis obligé de passer entre les pièces qui tirent sans interruption, tandis que les obus ennemis tombent tout autour. Enfin, je débouche sur le plateau que nos poilus ont eu tant de mal à conquérir.

La vision qui s'offre à mon regard est des plus tragiques.

Le champ de bataille est tel qu'on le voit dans certaines images, recouvert de morts, français et allemands, qui gisent là, en grand nombre, éparpillés dans tous les sens, avec leurs armes et leurs équipements encore intacts. Ce sont les victimes des combats ininterrompus qui ont précédé notre arrivée ici.

Je descends du plateau et j'arrive dans la plaine, d'où je découvre *Monthois* qui est encore entre les mains de l'ennemi.

Les mitrailleuses crépitent sans cesse et les obus continuent à tomber.

Je n'aperçois rien, ni personne qui puisse me renseigner et je ne sais plus au juste de quel côté je dois me diriger.

J'éprouve une sensation singulière à me sentir ainsi seul sur le champ de bataille et je songe que, si je venais à être blessé, je pourrais me trouver dans le même cas que le soldat qui, là-bas dans son abri, reste, pour le moment, sans secours. J'erre ainsi pendant un long moment sans découvrir aucun indice du poste de secours que je cherche et je commence à me demander s'il ne serait pas prudent de rentrer, car la nuit vient. Mais si je rentre sans avoir obtenu de résultat, que va-t-on penser de moi ? On croira que j'ai eu peur et que je n'ai pas été assez loin ! D'autre part, je songe au blessé qui doit s'impatienter de ne pas voir les brancardiers et je me dis qu'à tout prix, il faut que je continue mes recherches.

Ma persévérance est d'ailleurs bientôt récompensée, car je trouve des mitrailleurs qui ne savent pas où est le poste de secours, mais qui m'indiquent le poste d'un téléphoniste susceptible de me renseigner. Celui ci n'en sait pas plus long. J'ai alors l'idée de suivre le trajet du fil téléphonique qui va au P. C. du chef de bataillon, qui pourra sans doute me dire où se trouve son poste de secours. Mais je n'ai pas besoin d'aller si loin, car bientôt j'aperçois sous un rocher un fanion de la croix-rouge. C'est celui que je cherchais ! Rapidement je donne les indications nécessaires au médecin et je reprends le chemin du retour, car il fait déjà nuit. Je vois cependant assez clair grâce à un immense incendie qui illumine le champ de bataille. Je reviens sans incident et je rends compte au médecin-chef du résultat de ma mission.

D'ailleurs, avant minuit, j'ai la satisfaction de voir apporter le blessé pour lequel je ne m'étais pas inutilement dérangé, car les brancardiers ignoraient effectivement son existence et l'endroit où il se trouvait.

Nous passons une nuit au *Spitzberg* et le lendemain matin, comme l'ennemi continue à reculer, nous allons à *Monthois,* dans ce village même, qui encore hier était entre les mains des Allemands. C'est la terre du deuxième village libéré que nous foulons et cela nous procure une véritable satisfaction. Tous nous sommes gais et joyeux malgré les obus qui continuent à tomber, car on sent que cela marche et que nous approchons de la fin.

Nous nous installons dans un abri situé au milieu des champs et nous passons la nuit couchés sur des paillasses tissées avec du papier et remplies de frisons comme on en voit dans tous les abris allemands. Nous trouvons du matériel en quantité, et nous remarquons, non sans surprise, que tous les objets à pansements utilisés

par l'ennemi sont en papier. La ouate, les bandes à pansements, les écharpes, etc., etc., tout cela c'est du papier.

La poursuite continue et de Monthois, après avoir franchi la ligne du chemin de fer, nous allons à *Saint-Morel* où nous apprenons (12 octobre 1918), que les avant-gardes de nos bataillons ont pénétré dans *Vouziers*.

Nous continuons donc à travers les champs boueux notre marche en avant.

Arrivés à nouveau sur la ligne de chemin de fer, nous nous installons dans le sous-sol d'une maison de garde-voie dont le premier étage est en feu. L'ennemi, qui à l'aide des saucisses voit tous nos mouvements, nous arrose copieusement d'obus à gaz. Mais les masques nous protègent avec efficacité.

Les blessés commencent à arriver en quantité et bientôt les brancards roulants, renforcés cependant de ceux du G. B. D., ne sont plus en nombre suffisant pour faire face à la besogne et les blessés couchés remplissent le sous-sol qui sert de poste de secours.

La nuit vient; les canons se taisent et le silence n'est plus interrompu que par les râles des blessés mourants, tandis que les souffles inquiétants de ceux qui ont la poitrine transpercée nous remplissent de tristesse, en ce jour de victoire.

Le lendemain matin 13 octobre, le médecin-chef se transporte à Vouziers avec tout son poste de secours, sauf huit brancardiers et moi, qui restons sur place avec deux brouettes pour le cas où il y aurait des blessés dans les environs. Mais à peine sont-ils partis que les Boches, qui ont vu le mouvement, déclanchent un violent tir autour de la maison que nous occupons, sans cependant l'atteindre. Cela dure depuis plusieurs heures, lorsqu'un brancardier vient me dire que le médecin-chef est arrivé à Vouziers et que nous devons le rejoindre.

Je suis bien embarrassé. Partir sous cette rafale serait tout à fait imprudent : l'ennemi nous voit aussi bien par ses saucisses que directement, par les positions qu'il occupe de l'autre côté de l'Aisne. Mais, si je ne pars pas le médecin-chef sera privé des deux brancards roulants dont il peut avoir un pressant besoin. Cependant, je ne peux pas risquer la vie des neuf hommes qui sont avec moi !

Je reste perplexe pendant près d'une heure, lorsque, profitant d'une légère accalmie, je décide de partir. Nous partons en courant avec les brouettes.

Notre artillerie vient de déclancher un violent bombardement qui fait taire les canons ennemis. Mais comme nous ne savons pas si cette accalmie va se prolonger, nous continuons à courir

jusqu'à l'entrée de Vouziers, lorsque nous apercevons un avion ennemi qui mitraille le carrefour que nous devons traverser. Nous nous embusquons sous les arbres et dès qne l'avion est parti nous pénétrons dans la ville. Bientôt nous sommes dans le poste de secours.

Ah ! l'agréable sensation, après toutes ces marches en rase campagne, de se trouver dans une cave solide, de se sentir à l'abri, de pouvoir s'étendre à son aise sur un matelas et de manger chaud ! Car, quoique nous soyons ici, en première ligne (l'ennemi tient la rive droite de l'Aisne, alors que sa rive gauche borde les maisons même de Vouziers) nous jouissons d'un bien-être, comme nous n'en avons pas connu depuis longtemps. Nous trouvons des provisions en quantité que des poilus débrouillards transforment en plats succulents. Nous mangeons de bon appétit et nous nous couchons ; la nuit est calme et les combats se sont ralentis.

Le lendemain, moins de 48 heures après la délivrance de la ville, je fais la première extraction dentaire dans Vouziers reconquise.

Désireux de connaître la ville, je me mets à explorer les rues et les maisons. La ville est assez abîmée et des quartiers entiers sont en ruines. Partout, on voit des inscriptions allemandes et les enseignes boches voisinent avec les enseignes en français. Beaucoup de rues portent des noms allemands. Je découvre même le local d'un centre dentaire allemand où l'on voit encore deux fauteuils à pompe, des modèles en plâtre et des quantités de flacons vides de ciment Harward, mais je ne trouve pas un seul iustrument.

Dans la soirée du 16 octobre nous sommes relevés et nous sortons de la zone dangereuse. Après une étape assez pénible à travers *Sainte-Marie, Contreuve,* où l'on voit des incendies, et *Semide,* nous arrivons à *Orfeuil* où nous voyons des quantités de cadavres allemands. Nous passons vingt-quatre heures dans un camp où nous sommes très mal, surtout à cause de la pluie et de la boue, et nous repartons pour une deuxième étape du côté de Souain où nous couchons dans une baraque Adrian, qui n'est pas terminée.

Nous repartons à nouveau et au bout de la troisième étape, musique en tête, drapeau déployé, le régiment arrive le 13 octobre à *Mourmelon-le-Grand,* où nous prendrons quelques jours de repos, dont nous avons un pressant besoin.

(A suivre.)

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORT POUR LA FRANCE

P. Cipollina

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 32 ans, de notre confrère Pierre Cipollina, chirurgien-dentiste à Aix-les-Bains (Savoie), ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, survenue le 5 avril 1920 des suites d'une maladie contractée aux armées.

Le défunt était titulaire de la Croix de guerre, de la Croix de l'Ordre de Saint-Sava et de la Miséricorde de Serbie.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

NÉCROLOGIE

Nous avons le vif regret d'enregistrer la mort de Mlle Marthe Aslan, élève de 1re année à l'Ecole dentaire de Paris.

Les obsèques ont eu lieu le 30 avril. L'Ecole y était représentée.

Nous adressons nos sympathiques condoléances à la famille, si douloureusement éprouvée.

NOUVELLES

Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'A. G. S. D. F.

La fête du Quarantenaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, annoncée dans nos numéros de janvier et de février, est fixée aux 30, 31 octobre et 1er novembre 1920.

Le programme sera publié dans un prochain numéro.

Récompenses.

Sur la demande de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris et par décision du ministre de l'Hygiène, de

l'Assistance et de la Prévoyance sociales en date du 23 avril, la médaille d'honneur de l'Assistance publique a été accordée à MM. Pailliottin, V. E. Miégeville et Eudlitz. Ces confrères ont assuré pendant plusieurs années les services dentaires dans des hôpitaux ou établissements dépendant de l'Administration générale de l'Assistance publique.

Nous leur adressons nos vives félicitations.

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 4 mai 1920, à 8 h. et demie du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° Observations sur les enfants et sur les chiens au point de vue de l'évolution et de la structure de l'émail, par M. le professeur Retterer.

2° Les progrès récents réalisés en orthodontie et en orthognathie, par M. G. Villain.

3° Note sur l'examen de l'émail dentaire normal humain pratiqué dans la lumière polarisée (biréfringence et colorations interférentielles), par M. Raynal (de Marseille).

4° Incidents de la pratique journalière.

Cercle odontologique de France.

Le Cercle odontologique de France a tenu sa première réunion, depuis la guerre, le dimanche 2 mai 1920.

Un banquet amical, qui eut lieu dans un restaurant de l'avenue Trudaine, réunit de nombreux membres sous la présidence de M. P. Martinier, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris.

De nombreux toasts furent portés pour la résurrection du Cercle Odontologique, qui reprendra bientôt ses intéressantes réunions scientifiques et fera paraître, à la rentrée, son organe bien connu des professionnels le *Journal Odontologique de France.*

MM. P. Martinier, Blatter (représentant le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris, l'Association Générale Syndicale des Dentistes de France et la Fédération Dentaire Nationale), Fourquet et Meyenrock burent à la prospérité du Cercle et lui souhaitèrent de continuer, en plus de son but scientifique, à entretenir entre tous ses membres et la profession les relations de camaraderie et d'union qui ont toujours été son but principal et aussi sa fierté.

A l'issue de ce banquet, l'assemblée générale eut lieu sous la présidence de M Tzanck et se termina par l'élection comme

membres du Conseil de MM. Boudy, Darcissac, Duclot, Ferrand, Jacques Filderman, Max Filderman, Granger, Hugot, Joly (de Calais), Joyeux (de Chartres), Georges Martinier, Morche, Mussat, Robine, de Rojas, d'Almen, Sauvigny, Thomas, Tzanck, Zamkoff.

Une réunion du Conseil eut lieu quelques jours plus tard pour procéder à l'élection du Bureau qui se compose, pour l'année 1920-21, de MM. André Robine, *Président* ; E. Darcissac, *Vice-Président* ; Jacques Filderman, *Secrétaire général* ; Max Filderman, *Secrétaire adjoint* ; de Rojas, *Trésorier*.

Association syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France.

A la suite de son Assemblée générale tenue le 28 mars dernier, cette Association a procédé à la formation de son bureau, qui est ainsi constitué :

Président : M. Brodeur, 19, rue Paradis, Marseille.

Vice-présidents : M. Granier, 50, boulevard de Strasbourg. Toulon ; M. le Dr Romieux, 21, rue Montgrand, Marseille.

Secrétaire général : M. P. Bernard, 6, rue Thiers, Marseille.

Secrétaire-adjoint : M. Ch. Dubcot, 19, rue Pavillon, Marseille.

Trésorier : M. Maurech, 38, Cours du Chapitre, Marseille.

Conseillers : MM. le Dr Bernard, Grether, Lancelot, Luneau, Dr Prudhomme, Raynal (tous à Marseille) ; MM. Davenet (Nîmes), Creuzet (Montpellier), Grossin (Toulon), Mansoutre (Montpellier), Oustric (Draguignan), Richard-Chauvin (Ajaccio), Ronchese (Nice), Sanson (Aix), Volette (Toulon), Van Hœck (Toulon).

Les adhésions ou communications doivent être adressées au Siège du Secrétariat général, 6, rue Thiers, Marseille.

Au Brésil.

Notre confrère M. le Dr Chapot-Prévost s'est démis, en mai 1918, de son poste de président d'honneur de l'Association centrale brésilienne des chirurgiens-dentistes et a été élu président d'honnenr de l'Institut brésilien d'Odontologie.

Il a été nommé professeur de technique odontologique à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro.

Nous lui adressons nos félicitations.

Incendie de l'Université Laval.

Un violent incendie a détruit en décembre dernier le bâtiment principal de l'Université Laval à Montréal (Canada). Les pertes

sont évaluées à un million de dollars. Des collections précieuses ont été détruites par le feu.

Aussitôt une souscription publique a été ouverte parmi les Canadiens français pour la reconstruction, l'installation et le remplacement de tout ce qui a péri dans l'incendie.

Au 1er avril la souscription atteignait déjà 5.000.000 de dollars.

Association dentaire britannique.

Le 40e Congrès annuel de l'Association dentaire britannique aura lieu du 5 au 10 août 1920 à Bournemouth.

Diplôme de chirurgien-dentiste.

1° *Examen de validation de stage.*

La session s'ouvrira le 14 juin 1920 à la Faculté de médecine de l'Université de Paris pour l'année scolaire 1919-1920.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage.

Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 31 mai et mardi 1er juin 1920, de midi à 3 heures.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.*

La session s'ouvrira le lundi 28 juin 1920.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté le lundi 14 et le mardi 15 juin, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires de 4, 8 et 12 inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du 3e examen.

Association générale des étudiants (*Section dentaire*).

La section dentaire de l'Association générale des étudiants s'est réunie le 24 avril à 20 h. 30 au siège de l'Association. Les délégués de la section au Congrès de Bordeaux ont rendu compte de leur mission.

On nous prie d'insérer la note suivante :

Sporting-Club interdentaire.

Société d'encouragement à tous les sports, fondée en 1909.

Siège social : 18, rue Richer, Paris (IXe). Secrétariat : 25, rue

de Citeaux, Paris (XIIe). Terrains de Sports : Bagatelle et Vincennes.

Monsieur,

Nous prenons la liberté de solliciter votre adhésion au « Sporting-Club interdentaire », en qualité de membre bienfaiteur.

Nous avons déjà obtenu, grâce à l'appui des Chambres syndicales patronales des maisons de fournitures dentaires et des façonniers, des résultats très appréciables et notre Club peut dès maintenant figurer en bonne place dans les intercorporations qui seront courues en 1920.

Nous vous engageons à bien vouloir souscrire et nous aider à continuer notre effort et donner à nos jeunes gens tous les moyens possibles pour occuper sainement les moments de loisirs que leur procurent la journée de huit heures et la semaine anglaise. La pratique des sports est le seul moyen pour arriver à ce résultat et donner à toute la jeunesse de notre profession le développement physique et intellectuel dont vous serez plus tard satisfait, nous en sommes persuadés.

Le montant de la cotisation est de 10 francs en qualité de membre bienfaiteur.

Avec nos meilleurs remerciements, nous vous prions d'agréer, etc.

Pour le Comité : *Le président,* F. THÉVENIN.

Erratum.

Dans le n° de décembre 1919, page 559, 23e ligne (Conditions accordées par la Guerre aux chirurgiens-dentistes), une erreur typographique commise au moment du tirage, nous fait dire 800 *fr. par mois* ; c'est **300 fr.** par mois qu'il faut lire.

Avis

Nous prions les lecteurs dont l'abonnement expire fin Juin de vouloir bien adresser le montant de leur renouvellement à l'Administrateur-Gérant, M. V. E. Miégeville, et nous les informons que, pour ceux d'entre eux qui négligeraient cette recommandation, des quittances, augmentées de 1 franc pour frais de recouvrement, leur seront présentées du 15 au 30 Juillet par la Poste.

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

RÉUNION AMICALE DE DÉLÉGUÉS A LA F. D. I. APPARTENANT AUX PAYS ALLIÉS

Paris, 10 janvier 1920

PRÉSIDENCE DE M. BLATTER, PRÉSIDENT, PUIS DE M. GODON, PRÉSIDENT D'HONNEUR

La séance est ouverte à 3 h. 3/4 à l'Ecole dentaire de Paris.

Présents : MM. Blatter, Cerf (Liège) ; Debray (Alb.), Demoulin (Bruxelles) ; Godon ; Huet (Bruxelles) ; Joachim (Bruxelles) ; Martinier (P.), Miégeville ; Quarterman (Bruxelles) ; Quintin (Bruxelles) ; Rosenthal (Bruxelles) ; Roy, Sauvez, G. Viau ; Vichot (Lyon) ; G. Villain, H. Villain.

Excusés : MM. Brophy, Black, Campion, Dubeau, Guerini, Mummery, Oliver, Pont, Thorpe (Burton Lee), Wheeler.

Ordre du jour :

1º Discussion des propositions relatives à la reprise des relations internationales ;

2º Discussion relative à la préparation et au lieu de réunion de la prochaine session de la F. D. I. ;

3º Propositions diverses.

M. Blatter prononce l'allocution suivante :

Messieurs et honorés Confrères,

Depuis près de 6 ans, les représentants de la Fédération dentaire internationale n'ont pu se réunir ; aussi mon premier devoir est-il d'adresser un salut confraternel aux délégués qui ont bien voulu se rendre à notre appel et d'exalter la gloire des pays alliés qu'ils représentent et qui, par leurs efforts, leur endurance et leurs sacrifices, ont contribué à la victoire commune.

Permettez-moi, à l'occasion de cette victoire, d'insister sur la part de la France, dont l'héroïsme immortel a brisé la force brutale de la barbarie, de cette France qui a supporté le plus pesant fardeau de la guerre, de cette France qui a répandu le sang de ses nobles enfants, non seulement pour sa propre liberté, mais également pour celle des autres. La France devra une éternelle reconnaissance à ses alliés ; elle a senti battre, dans l'étendue du monde, le cœur des peuples frémissants et s'allumer la révolte de la conscience universelle contre

l'orgueil sanguinaire d'une caste avide de conquêtes, qui a été vaincue par nos armées victorieuses.

Honneur à vos nations.

La guerre est terminée, mais après avoir bouleversé le monde. L'œuvre de paix commence, œuvre considérable, gigantesque, après les pertes de vies humaines, les dévastations et les ruines qui ont duré pendant 54 mois, œuvre tellement vaste que l'esprit a de la peine à concevoir comment elle peut s'entreprendre, s'exécuter et se terminer.

Il y a du travail à accomplir dans toutes les branches de l'activité humaine, et la Fédération dentaire internationale doit à l'intérêt général, à l'intérêt de l'Odontologie, à l'intérêt de la profession et se doit à elle-même de continuer sa tâche interrompue, de contribuer à la reconstitution sociale et scientifique dans le domaine qui est le sien et où son action a déjà porté ses fruits pendant les 20 années qui se sont écoulées depuis sa création par le Congrès international de 1900.

Nous sommes réunis ici, sur la proposition de nos confrères belges, pour échanger nos vues sur la reprise des relations internationales avec les délégués à la F. D. I. appartenant aux pays avec lesquels nous avons été en guerre, en particulier l'Allemagne, l'Autriche et la Hongrie.

Si le temps, grand consolateur des maux, atténue les deuils, les peines et les souffrances, il ne saurait les faire oublier ni les faire disparaître complètement, surtout quand les victimes sont innombrables et que les témoins, hommes ou choses, de ces événements funestes, sont tout aussi nombreux. Pasteur a dit que la science n'a pas de Patrie. C'est vrai ; mais les hommes qui la représentent, qui en portent le flambeau, en ont une.

Comment, dans ces conditions, reprendre ces relations, à moins de faire abstraction complète de l'un de ces deux ordres de faits, qui est précisément celui qui nous tient le plus à cœur ?

Peut-être la Société des Nations résoudra-t-elle le problème ou nous fournira-t-elle les éléments de la solution. Je crois qu'il faut attendre les événements à cet égard. En tout cas il faut avoir des idées larges et libérales. Ce n'est pas parce qu'un groupe de hobereaux germaniques a déchaîné sur le monde la plus formidable des guerres que les peuples ne peuvent plus vivre en frères à l'avenir. Je pense, au contraire, que la nécessité de résoudre par des accords internationaux les grosses questions économiques, sociales et scientifiques, qui se posent avec la même acuité et la même intensité dans toutes les nations, rapprochera celles-ci de plus en plus et les amènera à conjuguer et à coordonner leurs efforts dans une même direction, vers un même but : le travail dans la paix pour le plus grand bien des peuples, le profit de l'humanité entière.

Quoi qu'il en soit de l'avenir qui ne nous appartient pas, il nous faut pour l'instant laisser de côté cette conception un peu idéaliste et revenir au terre-à-terre de la réalité. La session de la F. D. I. à Londres en 1914 a décidé que le 7e Congrès dentaire international se

tiendrait à Madrid et tout dernièrement les délégués américains à la F. D. I., réunis à La Nouvelle-Orléans à l'occasion de leur Congrès dentaire national en novembre dernier, se sont prononcés dans le même sens. Je crois que le moment est opportun pour que vous vouliez bien émettre votre avis à cet égard.

Quelle que soit la conclusion à laquelle vous vous arrêtiez, il me paraît sage que les délégués des pays alliés à la F. D. I. tiennent une nouvelle réunion, à Bruxelles, par exemple, à une époque que vous fixeriez, mais cette fois avec les délégués neutres pour examiner aussi bien cette question délicate, épineuse même, de la reprise des relations internationales totales que celle de la tenue prochaine du 7e Congrès dentaire international.

Messieurs et honorés Confrères, en vous souhaitant la bienvenue, je forme des vœux pour que vos délibérations soient fructueuses et contribuent à rendre son essor au précieux labeur de la Fédération, arrêté brusquement il y a 6 ans au milieu de son complet épanouissement. *(Applaudissements.)*

M. Blatter cède la présidence à M. Godon, comme président d'honneur de la F. D. I.

M. Cerf, président de la F. D. N. belge, dit que la Belgique a pu apprécier dans cette lutte gigantesque ce qu'elle doit à la France et ce qu'elle doit à Paris. La guerre a séparé les deux nations pendant plus de quatre ans ; aussi sont-elles heureuses de reprendre leurs relations et leurs travaux. La question qui réunit les représentants des deux pays a été examinée par la Fédération dentaire nationale belge ; c'est dire que celle-ci est préparée à la discussion.

M. Cerf ajoute que la délégation belge remercie la F. D. N. française de son accueil.

M. Godon estime que son premier devoir est de se joindre à son collègue et ami M. Blatter pour saluer les confrères belges ; c'est à eux qu'est due cette réunion, car depuis plusieurs mois déjà il a reçu d'eux des lettres pour la provoquer. En lisant le *Journal dentaire belge*, il a plaisir à voir les efforts qu'ils font pour faire progresser la profession sur de nouvelles bases. En parcourant le volume de M. Huet « Manuel pour la classification décimale des écrits et documents relatifs à la stomatologie et à l'odontologie », qui représente un travail considérable, il est heureux de constater que la guerre n'a pas interrompu son labeur et il est convaincu que l'Assemblée sera d'accord avec lui pour demander que la Commission de bibliographie et de documentation de la F. D. I. examine ce *Manuel* pour présenter sur ce sujet un rapport au prochain Congrès dentaire international. Il remercie et félicite M. Huet de cette œuvre méritoire.

La science odontologique a eu sa part dans le bouleversement mondial causé par la guerre ; il faut reconstituer les sociétés professionnelles, notamment la F. D. I. Pendant 20 ans celle-ci a provoqué l'organisation de congrès dentaires internationaux et a puissamment contribué en France à faire modifier le régime des études ; c'est grâce aux programmes qu'elle a élaborés qu'a été obtenu le décret du 11 janvier 1909 avec 5 ans d'études.

M. Blatter a montré les difficultés de la reprise des travaux de la F. D. I. Dans quelles conditions cette reprise peut-elle s'opérer ? Il croit ne pouvoir mieux faire que de communiquer la lettre récente qu'il a reçue de M. Brophy, président de la F. D. I., élu en 1914, à Londres et qui est ainsi conçue. (Il en donne lecture).

Chicago, 10 décembre 1919.

Mon cher docteur Godon,

J'ai reçu vos lettres des 25 septembre et 3 octobre, auxquelles je n'ai pas répondu parce que j'attendais d'avoir vu les autres membres du Comité américain et que plus tard je n'étais pas bien portant.

A la réunion de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis, le Comité américain de la F. D. I., y compris le Docteur Weber, de Cuba, s'est réuni. Après un examen sérieux de la date du prochain Congrès dentaire international, le vote a été unanime pour ajourner le Congrès à 1921, pour se réunir, comme cela fut convenu à Londres, en 1914, à Madrid (Espagne).

Vous parlez d'une réunion en janvier des représentants de la Fédération dentaire nationale française, des confrères belges et du bureau de la F. D. I. Il me sera presque impossible d'y assister, mais je me hasarde à vous écrire touchant quelques opinions émises par le Comité américain et quelques propositions que je ferais probablement si je pouvais me rendre à la réunion.

Comme je viens de le dire, le Comité américain et le représentant cubain sont en faveur de la tenue du Congrès à Madrid en 1921, de préférence en avril ou au début de l'été.

Ils sont d'avis également : 1° qu'un Comité d'organisation soit autorisé à se constituer immédiatement dans chaque pays. Je proposerais que ces Comités soient autorisés à former des sous-comités pour assurer le travail d'organisation ;

2° Qu'un programme soit préparé, embrassant toutes les matières d'enseignement d'une école dentaire, et que, seuls, les hommes qui font vraiment autorité en ces matières soient invités à préparer des communications et des démonstrations pour le prochain Congrès.

Le programme provisoire des sujets à présenter au Congrès devrait être immédiatement préparé. Chaque Comité national serait responsable des travaux présentés par les représentants de sa nation et le règlement habituel relatif au temps accordé pour la lecture des com-

munications et les discussions devrait être nettement indiqué dans la circulaire adressée aux divers Comités nationaux.

Il a toujours été difficile de régler le nombre des communications pour un Congrès comme celui-ci. Il sera donc nécessaire, non seulement de limiter le nombre des communications, mais de les soumettre à un Comité dans chaque pays pour en examiner la valeur. En conséquence, les communications devraient être remises aux Comités assez longtemps avant la réunion du Congrès et avant d'être annoncées dans le programme officiel pour se prononcer sur leur mérite et sur leur admission au Congrès.

Je proposerais que les Comités représentant les pays, tels qu'ils sont organisés actuellement, soient les Comités d'organisation des travaux dans chaque pays.

Ceci, mon cher docteur, est à peu près tout ce que je pense actuellement que je ferais si j'étais présent à votre réunion de janvier. Si je vous ai fait des propositions qui tombent sous le sens, c'est qu'elles me sont venues à l'esprit, et je me suis risqué à les signaler à votre attention. Il n'est pas nécessaire d'attirer l'attention d'un vétéran comme vous sur des idées relatives à la façon d'organiser un Congrès international. Vous êtes passé maître en cette matière.

Je serai content d'avoir une lettre de vous le plus tôt possible après votre réunion de janvier pour m'informer de ce que vous aurez fait.

Je suis heureux de vous dire que je vais maintenant beaucoup mieux que lors de ma dernière lettre et que je suis en état de travailler chaque jour.

Avec l'assurance de mes meilleurs souvenirs, etc.

TRUMAN BROPHY.

M. Godon ajoute : Il ne faut pas oublier que la présente réunion de Paris est purement amicale, officieuse en ce qui concerne la F. D. I. et ne peut engager que les F. D. N. française et belge.

En résumé M. Brophy propose d'exécuter la décision prise à Londres par la F. D. I. en 1914, d'organiser un congrès à Madrid en 1921.

M. Rosenthal constate que M. Brophy passe sous silence la question qui fait l'objet de la présente réunion et que chacun a dans l'esprit : la F. D. I. va-t-elle continuer à exister et dans quelle situation se trouve-t-on vis-à-vis des pays ennemis ? Certes, la réunion est amicale, officieuse, mais elle n'en a pas moins une opinion.

Il donne alors lecture de l'exposé suivant :

Messieurs,

Il importe, après les événements tragiques que nous avons traversés, que la F. D. I. prenne des mesures en vue de continuer son œuvre et ne laisse point perdre le fruit d'un labeur énorme, réalisé pour le plus grand profit de tous. Comme l'humanité tout entière, la F. D. I.

se trouve devant des ruines, qu'elle aura à cœur de relever ; les rouages sont arrêtés, mais les ouvriers sont là pour remettre tout en marche et s'efforcer de rattraper le temps perdu. Il importe avant tout de modifier nos statuts et de les mettre en harmonie avec la situation mondiale actuelle.

Les relations que nous pourrions avoir avec les représentants des Empires centraux n'auraient actuellement qu'un caractère de méfiance réciproque et, s'ils y prenaient part, nos réunions seraient pénibles pour tout le monde, à tel point qu'il est douteux qu'elles puissent même avoir lieu. Il est probable même que, si nous admettions ces représentants parmi nous, bon nombre de nos confrères alliés se refuseraient à participer à des travaux auxquels ils prendraient part. Ce serait la mort de la F. D. I. de permettre leur intrusion chez nous. Or, notre désir à tous est que la F. D. I. vive, forte et énergique, pour continuer notre entreprise dans l'intérêt commun.

Pouvons-nous nourrir quelque espoir, quelque illusion sur la mentalité actuelle de nos confrères d'Outre-Rhin, pouvons-nous croire qu'ils ne partagent point la folie aventureuse et dévastatrice qui anime toute la race ? Dans ce cas nous pourrions certes leur faire crédit et les considérer comme une élite à l'abri de la contagion mentale et sachant distinguer où sont la justice, le vrai, le droit. Hélas ! où trouvons nous trace de cette superhumanité ? Quelle parole a été prononcée, quel geste a été fait par un quelconque de nos anciens collaborateurs tendant à prouver qu'il déplorait les atrocités commises, la violation de la parole donnée, les crimes perpétrés au nom d'une civilisation prétendue supérieure, en vue d'une fallacieuse amélioration de la société moderne ?

Du haut en bas de l'échelle sociale allemande, aussi bien parmi le peuple que dans les sphères supérieures de la nation, qu'elles se soient trouvées en opposition ou en communion d'idées les unes avec les autres, au moment de la ruée tous se sont unis étroitement pour l'action néfaste, pour le crime collectif. C'est ainsi que si nous jetons un coup d'œil rétrospectif du haut en bas de cette échelle, nous constatons avec tristesse et stupéfaction que l'intellectualité des uns, le mercantilisme des autres, la foi en une divinité de ceux-ci ou la croyance en une fraternité universelle de ceux là ne les ont pas empêchés de rouler au bas de la pente fatale qui les a amenés à participer de toutes leurs forces, de toute leur énergie, poussés par une ambition démesurée, par leurs prétentions ridicules et vaniteuses, à cette abomination sans nom, à ce crime désolant, navrant, qui a non seulement causé la disparition de tant de vies humaines, de tant de belles jeunesses, mais encore a annihilé — pour combien d'années ? — la foi dans une fraternité plus grande, la confiance dans un travail en commun pour le soulagement des souffrances, l'espérance dans un coude à coude amical pour la lutte de chaque jour, afin de rendre la vie moins triste, plus féconde en joies, plus riche en satisfactions matérielles et intellectuelles !

Et c'est là peut-être qu'est le plus grand côté de leur crime, celui qui pèsera le plus longtemps sur le monde. Les deuils, le temps les

adoucit ; les ruines, l'activité les relève ; les pertes matérielles, le travail et l'économie les réparent. Mais qu'est-ce qui pourra écarter la méfiance, supprimer le doute ? Combien de temps s'écoulera avant que, amicalement, fraternellement, nous puissions tendre la main à un Allemand et l'accueillir sans arrière-pensée, sans réticence, alors surtout que, inconscients ou hypocrites, loin de reconnaître leur culpabilité, loin de faire leur *mea culpa*, leur défaite n'a qu'exacerbé leur vanité, excité leur colère, déclanché leurs cris de vengeance ?

Avec leur mentalité particulière, ils ne voient dans la paix actuelle qu'un arrêt momentané de la réalisation de leurs vues ambitieuses, un entracte leur permettant de se mieux préparer à exécuter leurs projets de jadis échafaudés sur un espoir grotesque de domination mondiale. Ils se recueillent, non pour s'unir avec nous vers des fins meilleures, mais pour reprendre la lutte et tenter une fois encore d'arriver par tous les moyens à leur but insensé.

Dans ces conditions, chers confrères, notre ligne de conduite est toute tracée. Nous avons à assurer qu'en nos congrès, en nos réunions, aucun être secrètement hostile à l'humanité, pour laquelle nous peinons et nous sacrifions notre temps, ne soit présent ; nous refusons aux ennemis de la société l'honneur de travailler avec nous à l'œuvre entreprise pour l'améliorer, l'élever, et cette interdiction doit revêtir le caractère d'une défense contre toute contamination pouvant nous inoculer le virus de leur mentalité morbide. Elle doit être absolue cette défense, incontestablement. Avons-nous à la rendre définitive, les précautions contre leurs agissements seront-elles d'une nature permanente et irréductible ? Ce sont là des questions graves, au sujet desquelles nous avons à délibérer.

Pour nous, il nous semble nécessaire, malgré notre découragement présent en ce qui regarde la marche vers le progrès, interrompue par leur faute, et quoique imprégné d'un pessimisme amer et de regrets profonds quant au temps et au chemin perdus, il nous semble nécessaire, dis-je, de laisser la porte entr'ouverte, de leur ménager une rentrée éloignée et de conserver, malgré tout, un espoir de leur rédemption, si lointaine qu'elle puisse nous paraître à l'heure actuelle.

Au fond de la boîte de Pandore, d'où s'échappèrent tous les vices de la faible humanité, l'espérance resta ; elle n'est pour nous qu'un petit morceau de braise, presque éteint, lançant à peine une pâle lueur, mourante. Entretenons cette étincelle vacillante ; elle sera peut-être la génératrice d'un feu brillant, vainqueur, éclairant le monde. Ne la laissons pas disparaître de notre horizon et conservons aux mesures que nous allons prendre un caractère transitoire dont nos ennemis d'aujourd'hui traceront la longueur, détermineront la durée.

La conférence de la paix a agi avec cette pensée élevée, elle a puni le crime, flétri l'astuce et l'hypocrisie ; mais en créant la Ligue des nations, elle nous a donné une directive haute et large dans sa conception, fertile dans ses possibilités. La participation à la Ligue des nations ne sera autorisée qu'aux pays ayant fait preuve de bonne foi, de solidarité humaine et de volonté pure. La Conférence nous a montré la voie à suivre et tracé la meilleure manière de résoudre

le problème posé à notre Fédération et à toutes les fédérations internationales.

Il y a incontestablement une solidarité mondiale. Exclure définitivement et à jamais de nos congrès un noyau scientifique important, c'est nuire à l'ensemble de notre œuvre, c'est la rapetisser, l'amoindrir.

Lorsque les pays centraux, découvrant enfin l'erreur fondamentale de leur conduite antérieure, comprendront l'étendue des fautes, des crimes et des atrocités commis en leur nom et par leurs citoyens pervertis, victimes d'une éducation tendancieuse et despotique ; lorsque, ouvrant les yeux, ils reculeront d'horreur et d'indignation devant les actes rendus possibles par leur aveuglement criminellement entretenu, lorsqu'enfin ils reconnaîtront leurs torts et s'efforceront de les réparer, pourquoi à ce moment, mais à ce moment seulement, ne pas les recevoir et les accueillir parmi nous et ne pas leur permettre de participer à l'œuvre commune ?

Mais quel est l'organisme le plus capable de fixer le moment, le jour où les centraux seront admis à s'unir à leurs anciens ennemis, si ce n'est la Ligue des nations ? Elle et elle seule sera à même de connaître les tendances des peuples centraux. Comprenant combien il y a de l'intérêt général d'être renseigné sur tous les symptômes dénotant un revirement, une amélioration dans l'esprit public de ces pays, consciente de la haute responsabilité assumée par elle, elle est armée de moyens sûrs et permanents d'investigation lui permettant de juger la situation en connaissance de cause. C'est en elle que nous devons mettre notre confiance et c'est à sa sagesse que nous devons laisser le soin de nous indiquer le moment opportun de tenter une réconciliation et de lever les barrières posées entre eux et nous.

Notre conduite sera donc dictée par la Ligue des nations elle-même ; ce sera elle qui ouvrira nos portes aux ressortissants des empires centraux. Les dispositions proposées pour aboutir à ce résultat sont des plus simples : elles se résument en quelques modifications à nos statuts. Il importe toutefois que le Bureau exécutif connaisse vos sentiments sur la grave question de savoir quel est l'organisme qui sera appelé à modifier ces statuts. L'année prochaine nous nous réunirons, non plus officieusement comme aujourd'hui, mais officiellement. Jusqu'au moment où les statuts seront modifiés, c'est notre ancienne constitution qui nous régit et elle prévoit la présence de délégués de tous les pays. Or, consentirons-nous à discuter dès maintenant avec les centraux et, s'ils sont exclus avant toute modification, comment justifier cet ostracisme ? (*Applaudissements.*)

M. Rosenthal propose, en terminant, la modification suivante, de l'ordre du jour de la séance :

1° Y a-t-il lieu pour la F. D. I. de reprendre ses travaux ?

2° Doit-elle et peut-elle modifier ses statuts ?

3° Subsidiairement y a-t-il lieu de créer un nouvel organisme ?

4° Sous quelle forme ?

Le Président dit que la 1re question se pose bien ainsi : y a-t-il lieu pour la F. D. I. de reprendre ses travaux ?

D'autre part l'assemblée a entendu la proposition Brophy de tenir le prochain Congrès dentaire international à Madrid en 1921.

M. Sauvez pense que tous les membres présents sont partisans de la Fédération dentaire *interalliée* ou *interassociée*, mais non de la Fédération dentaire *internationale*, actuellement du moins.

M. Godon constate qu'un mot revient fréquemment dans l'exposé de M. Rosenthal : la Société des Nations. Si celle-ci existait, il n'y aurait qu'à se rallier à ce qu'il demande. Le traité de paix est signé et entre sans doute en vigueur au moment où il parle ; la question de la Société des nations va donc se poser.

M. Roy estime que la question doit se poser sur le terrain international. Est-ce entre toutes les nations ou entre certaines nations seulement que la F. D. I. va continuer son action ? Admettra-t-on ou n'admettra-t-on pas l'Allemagne à prendre part à ses réunions ? Voilà le point à trancher ; on verra ensuite les modalités.

M. Godon fait remarquer qu'une fédération *interalliée* peut exclure les neutres ; qu'une fédération *internationale* ne les exclut pas.

M. Roy répond qu'il s'agit de l'exclusion ou de l'admission des sujets des Empires centraux.

M. Cerf croit devoir rappeler ce qui a paru dans les journaux à ce sujet et donne lecture de l'entrefilet suivant :

Le manifeste des quatre-vingt-treize.

LES SAVANTS ALLIÉS. — RAPPORTS AVEC LES ALLEMANDS. — UN MOT DE PASTEUR.

Paris, 26 décembre. — Questionné sur l'opportunité de la reprise des relations scientifiques des Alliés avec l'Allemagne, M. Emile Picard, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a déclaré :

L'attitude du corps savant allié à l'égard de la science allemande est actuellement d'expectative et de réserve. Tant que les savants des pays ennemis n'auront pas manifesté d'une manière efficace une mentalité nouvelle, tant qu'ils ne seront pas désolidarisés des choses qui ont soulevé l'indignation du monde civilisé, dont la plus choquante fut le fameux manifeste des 93, il nous paraît impossible à nous, savants français, de renouer des rapports personnels avec eux.

Une attitude commune a été arrêtée à la suite des réunions interalliées des savants tenues à Londres, puis à Paris, puis plus récemment encore à Bruxelles où les représentants de l'Angleterre se sont montrés plus sévères que nous. D'après les statuts adoptés, qui entreront en vigueur le 1er janvier prochain, toutes les anciennes associations scientifiques internationales sont dénoncées et remplacées par des groupements nouveaux composés des nations alliées et de tous les neutres qui voudront en faire partie. Pour conclure, le grand savant,

qui a été nommé président du comité exécutif du nouvel organisme scientifique international, a rappelé le mot de Pasteur, qui symbolise et résume l'attitude prise par les hommes de sciences français : « La science n'a pas de patrie, mais les savants en ont une ». — Havas.

Il ajoute qu'il faudrait d'abord dénoncer la F. D. I. et créer un nouvel organisme à sa place : c'est là la véritable marche à suivre.

M. G. Villain dit que, lors de son premier voyage en Amérique en août 1918, les Américains étaient hostiles à toute reprise des relations internationales intégrales. Lors de son second voyage en janvier 1919 certains avaient changé d'attitude. Il ajoute qu'il avait proposé de convoquer les neutres à la présente réunion, à laquelle il est un peu déçu de ne voir ni Anglais, ni Américains, ni Italiens.

M. Godon fait observer que M. Guerini, de Naples, avait annoncé sa venue et même une démonstration pratique ; il s'excuse par télégramme de ne pas venir à cause d'une indisposition.

M. G. Villain ajoute que M. Brophy propose de s'en tenir à la décision prise par la F. D. I. à Londres en 1914 d'organiser le prochain Congrès à Madrid. Les Anglais et les Américains s'abstiennent de venir et proposent une réunion internationale pure. Il pense donc qu'il y a lieu d'émettre des vœux à ce sujet et de les envoyer au Bureau de la F. D. I., car ni les Français ni les Belges n'ont pris part aux décisions de la F. D. I. à Londres, datant du 3 août 1914, lendemain de la déclaration de guerre.

Les décisions de la F. D. I. ont été prises avant la guerre, donc dans des conditions qui ne sont pas celles d'aujourd'hui ; d'autre part, elles ont été prises alors que les délégués de nombreux pays ne pouvaient être présents en raison de la mobilisation dans leurs pays respectifs ; pour ces raisons les décisions de Londres en 1914 concernant la F. D. I. sont caduques.

M. G. Viau fait remarquer que les Anglais et les Américains étaient neutres lors de la déclaration de guerre.

M. G. Villain tient à mettre l'Assemblée en garde contre la décision des Américains signalée par M. Brophy ; il faut envisager la décision des autres alliés.

Les Français et les Belges ne peuvent pas se mettre en désaccord avec les délégués des pays alliés, car cela pourrait aboutir à une réunion de la F. D. I. où les délégués des pays centraux seraient présents et d'où les délégués belges et français se seraient exclus par une décision prise aujourd'hui par eux et non acceptée par les autres alliés.

M. Roy souligne ce fait que les décisions de Londres ont été prises par une petite minorité au début de la guerre, le 3 août, dans des conditions particulières. Les Français et les Belges ne doivent donc pas se considérer comme liés, puisqu'ils n'ont pu participer à ces délibérations. Ils se trouvent en présence de gens éloignés du théâtre de la guerre et n'ayant pas compris l'attitude à observer. Ils ne doivent pas davantage se considérer comme liés par une décision prise par des neutres comme les Espagnols, dont l'attitude n'a pas été ce qu'elle aurait dû être.

M. Godon insiste sur ce point que M. Brophy n'impose aucune décision et dit simplement : « Voici ce que j'aurais proposé si j'avais été parmi vous. »

M. Roy retient l'argument de M. G. Villain et le pousse dans ses limites extrêmes.

M. Godon estime qu'il en résulterait que même au point de vue anglais on se trouverait en présence de décisions contestables.

M. Huet fait remarquer que le problème qui se pose pour la F. D. I. s'est posé pour toutes les associations internationales. Les solutions adoptées ont été différentes suivant qu'il s'agissait d'organisations officielles ou non. C'est ainsi que :

1° Toutes les institutions officielles ont continué à fonctionner. Ex. : Croix-Rouge de Genève, office international d'agriculture de Rome; offices de Berne (Postes, chemins de fer, télégraphes). Ces institutions sont à la charge des divers gouvernements.

2° Les organismes semi-officiels subventionnés par les Etats ont également continué leur activité. Ex. : Institut international de statistique de La Haye.

3° Toutes les institutions libres ont cessé le travail en commun, les intellectuels ayant été entraînés dans le conflit par suite du manifeste publié par les Allemands.

Parmi ces institutions libres, le Bureau international de la Paix a repris ses travaux, mais après avoir exigé une déclaration de désolidarisation.

Si l'on se place au point de vue documentation, on doit constater que celle-ci ne saurait être que internationale. En effet, il ne suffit pas de réunir et d'aider à la diffusion des écrits, il faut arriver à l'adoption de règles destinées à améliorer la production. La collaboration de tous est dans ce but indispensable. La conclusion est qu'il convient de maintenir la F. D. I. telle qu'elle existe.

M. Rosenthal a entre les mains une lettre de M. Brophy du 19 décembre, qui montre bien le fond de sa pensée : c'est en vue d'un rapprochement avec les centraux qu'il propose le Congrès international de Madrid en 1921. Incontestablement ce congrès

a pour but ce rapprochement. L'assemblée partage-t-elle ce désir ? Peut-elle décider que la F. D. I. va continuer ou disparaître ? Non ; la F. D. I. a été formée par des associés : une partie de ceux-ci ne peut pas en modifier les statuts sans l'autre. L'Assemblée est incapable de la dissoudre et incapable de la modifier.

M. Huet a dit, au point de vue général, qu'il est nécessaire que la F. D. I. continue à exister, mais qu'elle soit en sommeil pendant longtemps. Or, on ne peut pas attendre. Il faut, par exemple, constituer une association dentaire internationale des adhérents à la Ligue de la paix, qui, la Société des nations une fois constituée, pourra faire place à la F. D. I.

M. Godon estime que c'est ce qu'il faut examiner. On peut, par exemple, demander qu'à la réunion de Madrid on tranche cette question.

Pour *M. Sauvez*, l'opinion des Américains est très importante, mais ce n'est pas tout. D'ailleurs M. Brophy, dans sa lettre à M. Rosenthal, qui est officieuse, ne précise pas et se rallierait peut-être à l'opinion de l'assemblée. On ne peut donc pas inférer de sa lettre qu'il est d'avis d'accueillir les centraux ; il est peut-être d'avis, au contraire, de ne pas les admettre. De ce que quelqu'un ne parle pas d'une chose on ne saurait inférer qu'il a une opinion déterminée.

Il ajoute : « Nous sommes entre nous, en réunion officieuse, pour causer de la question internationale ; nous n'avons donc pas à prendre une décision catégorique, mais tout au plus à exprimer notre opinion suivant notre conscience et notre sentiment. Il faut, à tout prix, garder le fruit du travail acquis, c'est-à-dire la F. D. I. avec ses statuts et ses règlements, contrairement à l'opinion de M. Rosenthal. »

Il présente, en conséquence, un ordre du jour dont il donne lecture, qui serait adressé aux représentants à la F. D. I. des nations alliées et associées, et une réunion de délégués dûment accrédités par les fédérations nationales des diverses nations pour discuter cette question et prendre une décision, par exemple fin juin 1920, à Bruxelles. Plus tard on verra ce qui se passera ; mais plutôt une scission qu'une compromission.

M. Miégeville demande le remplacement du mot *actuellement* par *momentanément* dans cet ordre du jour.

M. Roy demande que chacune des parties de cet ordre du jour soit mise séparément en discussion — Adopté.

Le Président donne lecture du paragraphe 1.

M. Roy demande la suppression du mot *officieusement*. — Adopté.

Le paragraphe 1er, mis aux voix, est adopté.

Le Président lit le paragraphe 2.

Les mots *en écartant des réunions*, etc. sont remplacés par *en n'admettant pas aux réunions*, etc.

Le paragraphe 2, mis aux voix, est adopté.

Le Président lit le paragraphe 3.

M. Roy propose de mentionner la *Société des nations.*

M. Sauvez est d'avis de ne pas faire intervenir la Société des nations.

M. Huet est partisan également de n'en pas parler. Il donne lecture de l'article 24 du pacte de cette Société et montre l'inconvénient qu'il y aurait à subordonner la continuation de la F. D. I. au fonctionnement de la Société des nations.

Le paragraphe 3 est adopté.

Le Président pense que l'assemblée s'est bien pénétré de ce texte qui maintient la F. D. I.

L'ensemble, mis aux voix, est adopté à l'unanimité. Le texte définitif est ainsi conçu :

Les membres des Fédérations dentaires nationales française et belge, réunis à Paris, le 10 *janvier* 1920, *dans le but de discuter sur l'utilité du maintien des bienfaits que la Fédération dentaire internationale a procurés à la profession dentaire et à l'humanité tout entière depuis* 1900,

Emettent l'avis suivant :

1° *Il est impossible actuellement de continuer le fonctionnement des sessions de la F. D. I. dans les conditions antérieures à la guerre, en faisant appel à toutes les nations ;*

2° *Il est désirable que la F. D. I. continue sa bienfaisante action, avec ses statuts et ses règlements, mais en n'admettant pas actuellement à ses réunions les représentants des peuples centraux (Allemagne, Autriche, Hongrie, Turquie, Bulgarie) et en n'y accueillant que les représentants des nations alliées et associées et des nations neutres.*

M. Sauvez propose l'envoi de cet ordre du jour à la F. D. N. de chaque pays.

M. G. Villain croit préférable de reporter à septembre 1920 la réunion de Bruxelles en raison des réunions nationales américaine, anglaise et française, en juillet et août.

Le Président demande si le mois de septembre convient à la délégation belge. D'ailleurs la question de date regarde cette Fédération.

M. Roy fait observer que ce n'est pas un congrès, mais une simple réunion.

Le Président rappelle qu'il avait proposé, pour honorer les Belges, que la présente réunion se tînt à Bruxelles ; mais que les Belges ont préféré qu'elle se tienne à Paris.

Il met aux voix la réunion à Bruxelles, fin septembre, qui sera officielle pour les Fédérations dentaires nationales belge et française séparément, mais officieuse collectivement.

M. Sauvez. — Qu'entend-on par délégués ?

Le Président. — Ceux qui sont élus par les Fédérations dentaires nationales.

M. G. Viau demande comment on rendra public ce qui a été fait. M. Blatter a lu une allocution qui mérite de voir le jour ; il en est de même de l'exposé de M. Rosenthal, qui exprime en termes énergiques ce que tous pensent.

Il propose une plaquette spéciale, qui serait adressée à tous les membres adhérents de la Fédération, ainsi qu'à la presse professionnelle.

Le Président dit que la proposition aboutit aux conclusions pratiques suivantes :

1° Publication dans les journaux professionnels ;

2° Plaquette spéciale.

M. Roy demande une publicité aussi large que possible.

La publication dans les journaux est décidée.

La plaquette spéciale est également décidée et sera payée à frais communs par les F. D. N. belge et française, proportionnellement.

Le Président propose que pour cette publication un secrétaire représente la F. D. N. française et un secrétaire la F. D. N. belge. — Adopté.

Il propose M. G. Villain pour la première. — Adopté.

M. Joachim propose M Demoulin pour la deuxième. — Adopté.

M. G. Villain propose l'envoi de deux exemplaires de la plaquette à chaque F. D. N. et de deux exemplaires à chaque délégué à la F. D. I. — Adopté.

M. Joachim propose l'envoi de la plaquette à tous les délégués des Fédérations nationales à la F. D. I. — Adopté.

M. le Président estime que, pour la réunion de Bruxelles, il faut nommer des rapporteurs pour les questions à l'ordre du jour et en charger les F. D. N. française et belge.

M. Rosenthal considère que la décision des délégués américains de tenir le prochain Congrès dentaire international à Madrid en 1921 ne saurait entrer en ligne de compte et devra être revisée à Bruxelles.

M. Roy accepte bien un Congrès à Madrid, mais sous réserve des décisions qui viennent d'être prises.

Pour *M. Rosenthal* la décision de Londres est illégale et caduque ; il faudra donc reprendre la question à Bruxelles.

M. G. Villain demande qu'on fixe l'ordre du jour de la réunion de Bruxelles.

Le Président fait observer que la proposition Brophy ne préjuge ni l'admission ni l'exclusion des centraux. Il faut donc que la F. D. N. belge et la F. D. N. française entament des négociations avec le président de la F. D. I., pour savoir s'il accepte ce qu'elles ont décidé.

M. Rosenthal demande si l'on croit possible d'organiser un Congrès de septembre 1920 à mai ou juin 1921.

M. Roy considère que les décisions de Londres étant caduques, la décision relative au Congrès de Madrid est caduque elle-même, et qu'il vaudrait mieux tenir ce Congrès dans un pays victime de la guerre.

Le Président fait remarquer que l'organisation d'un Congrès est une tâche considérable.

M. G. Villain dit que la lettre aux Fédérations dentaires nationales annoncera la réunion de Bruxelles en donnant l'ordre du jour.

M. Sauvez trouve naturel de demander l'exclusion des Allemands du Congrès de Madrid, mais que c'est peut-être trop de demander en outre la tenue du Congrès à Bruxelles.

M. Joachim dit que les Jeux Olympiques auront lieu à Anvers, en 1920, et qu'on pourrait faire coïncider la réunion des délégués de la F. D. I. à Bruxelles avec ces jeux, dont la partie la plus intéressante se passera du 15 août au 15 septembre.

M. Vichot (Lyon) invite les délégués belges au Congrès de l'A. F. A. S. à Strasbourg, en juillet 1920.

M. Cerf dit que la réunion en Belgique serait un Congrès national auquel seraient invités les délégués des F. D. N. à la F. D. I.

Le Président dit que, si le bureau de la F. D. I. accepte les propositions faites, l'assemblée pourra accepter que le Congrès soit tenu à Madrid.

M. G. Villain rappelle qu'un des buts de la F. D. I est d'organiser les Congrès ; or l'avis qui vient d'être émis ne permet pas d'y admettre les centraux.

Il pense donc que la meilleure manière d'opérer serait l'organisation d'un Congrès par la F. D. N. belge en septembre à Bruxelles. Cette Fédération inviterait à son Congrès les membres de la F. D. I. des pays alliés et associés et prierait le bureau de la F. D. I. de tenir sa réunion annuelle à Bruxelles à l'occasion de ce Congrès.

Le Président fait remarquer que les délégués belges sont d'avis, pour donner le plus d'extension possible à la réunion de leur Fédération, d'y inviter les alliés, les associés et les neutres.

Il y aura lieu, suivant lui, de répondre à M. Brophy que les propositions qu'il fait seront discutées à nouveau à Bruxelles.

M. Cerf, dit qu'en somme il y aura un Congrès dentaire organisé par la F. D. N. belge à l'occasion de la réunion de délégués à la F. D. I. comme cela a eu lieu lors des réunions annuelles de la F. D. I.

Le Président pense qu'on peut aviser M. Brophy que l'assemblée demande que la F. D. I. se réunisse à Bruxelles en septembre 1920 en une réunion spéciale de la F. D. I., comme cela a eu lieu plusieurs fois et sous réserve de l'ordre du jour voté. — Adopté.

M. Rosenthal fait connaître la situation financière de la F. D. I.

L'assemblée émet l'avis que la cotisation des années de guerre soit réclamée aux pays alliés et associés.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire général de la F. D. N. française.
H. Villain.

Déjeuner amical.

Un déjeuner amical de trente-cinq couverts a eu lieu à l'Hôtel Terminus à l'issue de la séance de démonstrations pratiques, organisée par la Société d'Odontologie à l'École dentaire de Paris, le dimanche matin, 11 janvier ; il était présidé par M. Godon, président d'honneur de la F. D. N. française.

Les délégués belges : MM. Demoulin, Huet, Joachim, Quarterman, Quintin, Rosenthal et le président de la F. D. N. belge, M. Cerf, y assistaient.

Au dessert, M. Godon a souhaité la bienvenue aux confrères belges, a formé des vœux pour la vitalité de la F. D. I. et remercié les organisateurs des séances.

M. Cerf a répondu en saluant la science française.

M. Rosenthal, trésorier de la F. D. I., a bu à la continuation de l'œuvre de la F. D. I.

M. Roy a porté un toast au développement de la presse professionnelle et des congrès.

M. Quintin a parlé des études dentaires en Belgique.

M. Joachim a remercié les confrères français de leur réception.

40e ANNÉE. N° 6 30 JUIN 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MÉTALLURGIE APPLIQUÉE A L'ART DENTAIRE

Par Ch. BENNEJEANT (de Clermont-Ferrand).
Chirurgien-dentiste D. F. M. P., D. E. D. P., Docteur en médecine,
Licencié ès sciences.

(Communication à la Société d'Odontologie, 10 janvier 1920).

Ceux qui ont réalisé la réforme des études dentaires se sont inspirés du désir de toute la profession de donner au chirurgien-dentiste une formation technique et manuelle la plus grande possible, sans pour cela négliger le concours d'un enseignement scientifique.

En ce qui concerne l'enseignement de la métallurgie, une restriction paraît s'imposer. Le niveau de cet enseignement est resté à peu de choses près ce qu'il était avec l'ancienne scolarité. Le livre de Serres y consacre généreusement une vingtaine de pages suivant le programme élaboré pour l'examen de validation de stage, alors qu'à l'étranger une littérature assez abondante et des livres cohérents et coordonnés existent. Aux Etats-Unis, ce sont les manuels de Fletcher et d'Essig König (1909). En Angleterre, celui d'Hepburn (1911). En Allemagne, celui de Fenchel (1911).

L'Ecole dentaire de Paris, qui est la première école dentaire d'Europe, et dont j'ai pu apprécier le bon renom en Orient, ne peut pas rester indifférente à cet état de choses. C'est pourquoi, sur le conseil amical de notre président-directeur M. Godon, je viens exposer devant vous les principaux points qui, à mon avis, méritent un plus grand

développement que celui que leur accorde le programme actuel. A vous de décider s'il y a utilité d'accepter cet apport, de façon à renforcer plus encore dans l'avenir la supériorité technique du chirurgien-dentiste.

Depuis une trentaine d'années, la Métallurgie s'est beaucoup modifiée et a subi un essor considérable. Elle comprend deux parts distinctes : l'une concernant l'extraction des métaux de leurs minerais et la chimie de leurs dérivés, sujets qui intéressent médiocrement notre art, mais qui font partie du programme de culture générale de nos étudiants ; l'autre examinant les propriétés, la constitution des métaux et alliages, ainsi que leur utilisation. C'est cette dernière partie qui mérite plus d'importance dans notre enseignement. Elle est de date assez récente et le résultat de toute une série de travaux scientifiques tant en France qu'à l'étranger, basés sur la chimie physique des métaux et de leurs alliages. En France, ce sont Charpy, Le Chatelier, Gautier, Guillaume, Guillet et Moissan, pour ne citer que les principaux auteurs. En Angleterre, ce sont Heycock, Neville, Roberts Austen, Osmond et Wright. En Allemagne, Macy, Friedrich et surtout Tammann et ses élèves. En Russie, Puschin, Herkowitsch et Kurnakow.

Les sujets traités par eux sont trop vastes pour entrer de concert dans le cadre d'une modeste lecture à la Société d'Odontologie. Aussi vais-je me limiter et vous résumer brièvement les principales questions à développer et notamment les progrès réalisés dans la connaissance de la constitution des alliages avec quelques-unes des applications ou déductions qui en découlent pour notre art.

Analyse thermique. — Si l'on allie deux métaux ensemble et qu'on observe, à l'aide d'un pyromètre, les modifications de températures qui se produisent, on note des paliers dans le temps à des températures différentes (fig. 1) correspondant à des transformations (fusion, solidification, transformations allotropiques, etc..., en tous cas modifications de structure).

Pour les changements d'état, la modification de structure peut s'apprécier à l'œil nu. Pour les autres transformations moins apparentes, on a recours à un moyen détourné pour apprécier leur valeur. On refroidit brusquement le mélange au-dessus ou au-dessous de la température observée. La trempe fixe la structure du mélange à la température de

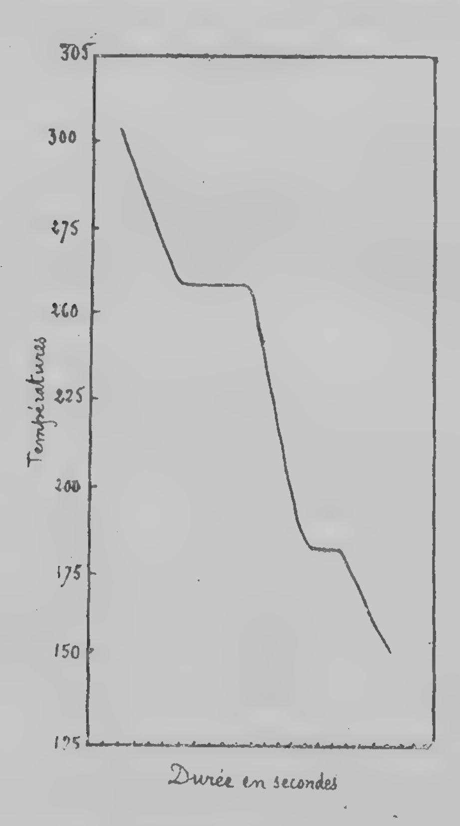


Fig. 1. — Courbe de refroidissement d'un alliage à 70 0/0 de plomb et 30 0/0 d'étain.

trempe (analyse thermique), et l'on observe par des méthodes physiques et mécaniques (poids spécifiques, résistance électrique, dureté, essai de traction, etc...) les modifications de propriétés survenues.

Examen métallographique. — Les modifications de structure sont surtout appréciées par l'examen du métal

au microscope (examen métallographique). On polit un fragment de l'alliage binaire avec des émeris de grosseur décroissante jusqu'à l'absence de rayures. On fait agir des réactifs appropriés et l'on examine au microscope.

Alliages binaires. — Des indications données par cet examen métallographique, par l'analyse thermique et par les variations des propriétés mécaniques et physiques, on

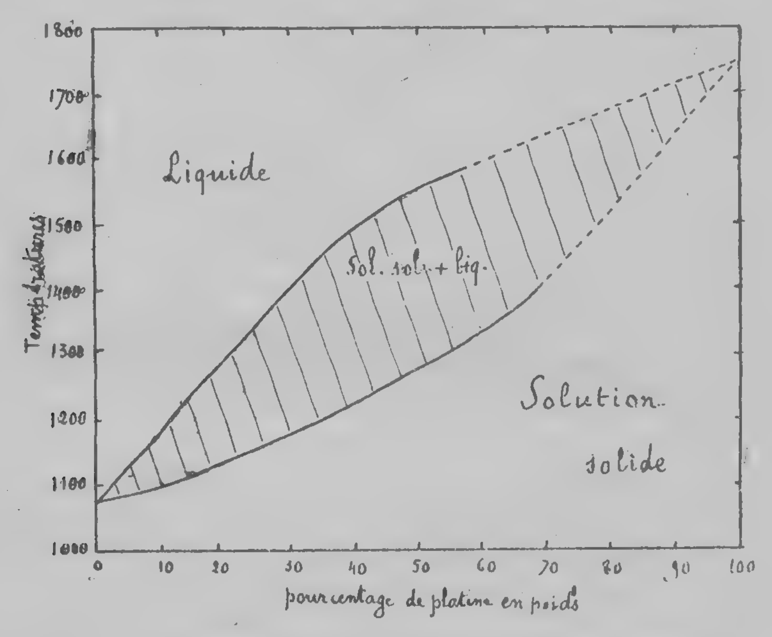


Fig. 2. — Alliages binaires or-platine (d'après Dœrinckel).

est arrivé à dresser pour chaque série d'alliages binaires un diagramme exprimant les variations de constitution qu'ils subissent dans l'échelle des températures. Cette représentation graphique est des plus simples. Sur un côté on porte les températures, sur l'autre le pourcentage réciproque des deux métaux. On obtient de la sorte par la coalescence des transformations observées aux divers pourcentages des lignes (solidification, fusibilité, modifications de constitution, etc.) et des points (d'eutexie, de transformation) caractéristiques de chaque série d'alliages binaires envisagée.

Ce diagramme, en quelque sorte, résume la constitution de la série d'alliages binaires. Sa lecture donne les explications des changements de propriétés physiques mécaniques et chimiques et, par conséquent, d'utiles indications pratiques.

Il me paraît utile d'adopter pour notre enseignement ces diagrammes de constitution.

Plusieurs cas se produisent :

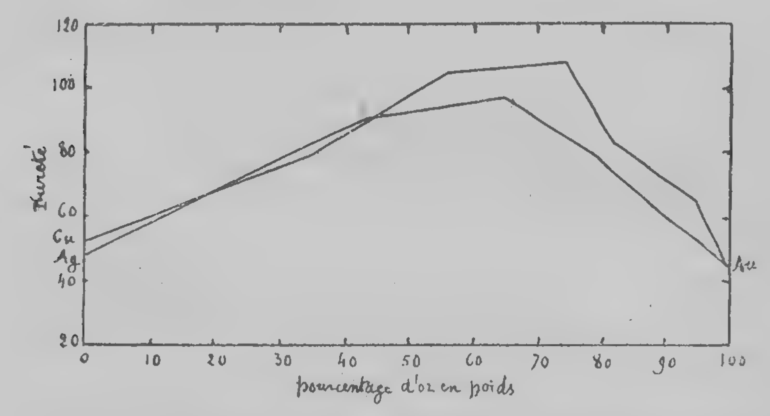


Fig. 3. — Dureté des alliages binaires or-argent et or-cuivre (d'après Kurnakow).

1er cas. — Les deux métaux sont solubles l'un dans l'autre, le métal dissous ne se sépare pas du métal solvant à la solidification. C'est le cas de l'or et du platine (V. fig. 2). On appelle ces alliages des *solutions solides* ou bien encore des *cristaux mixtes* ou encore des *mélanges isomorphes.*

Leurs PROPRIÉTÉS MÉCANIQUES ET CHIMIQUES varient de façon régulière. C'est pour cette raison que cette variété d'alliages est recherchée pour les besoins des arts et de l'industrie. Microscopiquement, ils sont homogènes ou peuvent le devenir par un recuit approprié. Si les deux métaux sont malléables, leurs alliages le sont également. Si les deux ne le sont pas, leurs alliages également. Si l'un des deux ne l'est pas, la malléabilité décroît au fur et à mesure que le pourcentage du métal non malléable croît.

Pour ceux formés de métaux malléables, la dureté, c'est-à-dire la résistance à la pénétration, s'apprécie par la grandeur de l'empreinte donnée par une petite bille d'acier de diamètre connu sous une pression connue (Brinell), l'élasticité (Voir les essais de traction physique, chimie, métallurgie de Serres, collection du Manuel du chirurgien-dentiste) et la charge de rupture passent par un maximum (V. fig. 3).

La résistance chimique varie régulièrement suivant le pourcentage. Ainsi, les alliages or-argent à faible teneur

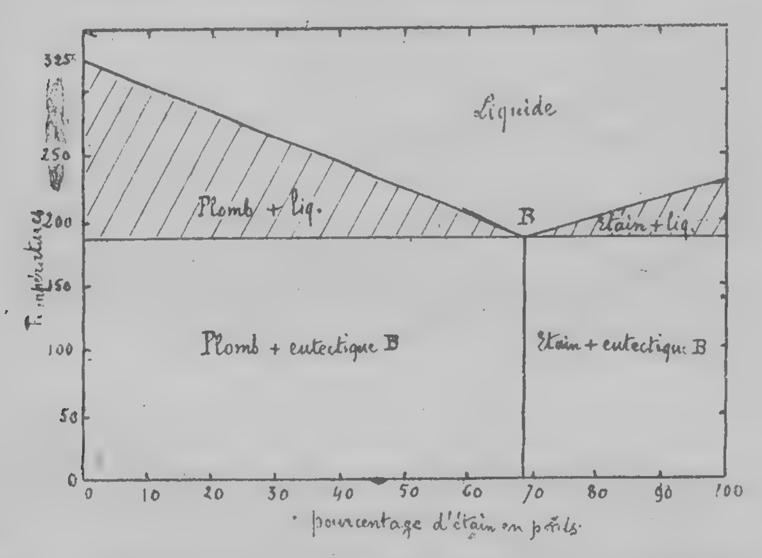


Fig. 4. — Diagramme des alliages plomb-étain (d'après Guthrie).

en argent sont inaltérables en bouche. A forte teneur ils se sulfurent. On sait que la limite d'altérabilité est à environ 18 carats. Si les deux métaux sont altérables, c'est le plus altérable qui s'altère le plus. Ainsi les amalgames de cadmium qui donnaient un sulfure jaune de cadmium ont été rejetés pour cette désagréable coloration.

2e cas. — Les deux métaux solubles à l'état liquide ne le sont plus à la solidification. Les deux métaux sont mécaniquement juxtaposés. On appelle ces mélanges pour cette raison *mélanges mécaniques*. C'est le cas du plomb et de

l'étain (V. fig. 4). La courbe de fusibilité passe par un minimum appelé *point d'eutexie*. Au delà et en deçà de ce point un excès d'un des métaux se dépose d'abord à la solidification, puis est entouré par le mélange eutectique dont la concentration est déterminée par le point d'eutexie. Le mélange eutectique diminue dans l'alliage lorsqu'on se

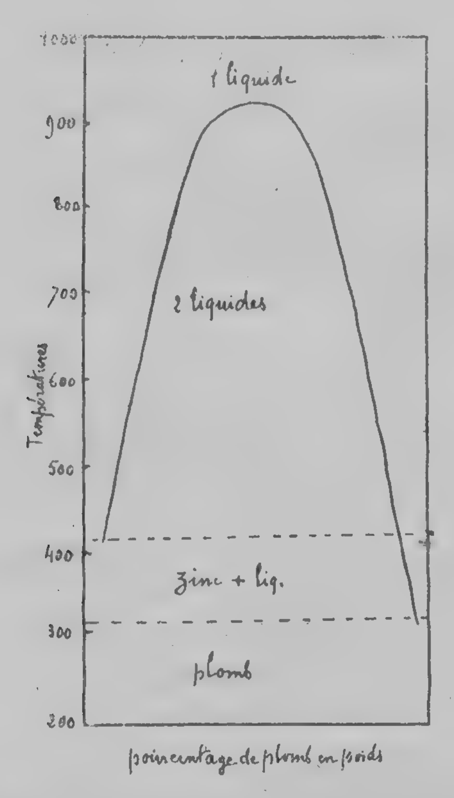


Fig. 5. — Miscibilité du plomb et du zinc (d'après Spring et Romanoff).

rapproche des métaux purs et augmente jusqu'à un maximum donné par le point d'eutexie, où il forme la totalité de l'alliage.

Au microscope, la structure alternée des deux métaux est typique.

Leurs PROPRIÉTÉS MÉCANIQUES varient de façon régulière suivant leur pourcentage réciproque.

Si les deux métaux sont malléables, leurs alliages le sont.

L'alliage eutectique de par sa plus grande uniformité de structure (bien que non homogène) est celui qui présente les meilleures propriétés mécaniques. Si les deux métaux ne sont pas malléables, aucun alliage ne l'est. Enfin si un seul métal est malléable, l'alliage eutectique sera malléable ou non suivant sa composition. Les alliages compris entre le métal non malléable et l'eutectique malléable ne sont malléables que si le métal est en proportions très faibles.

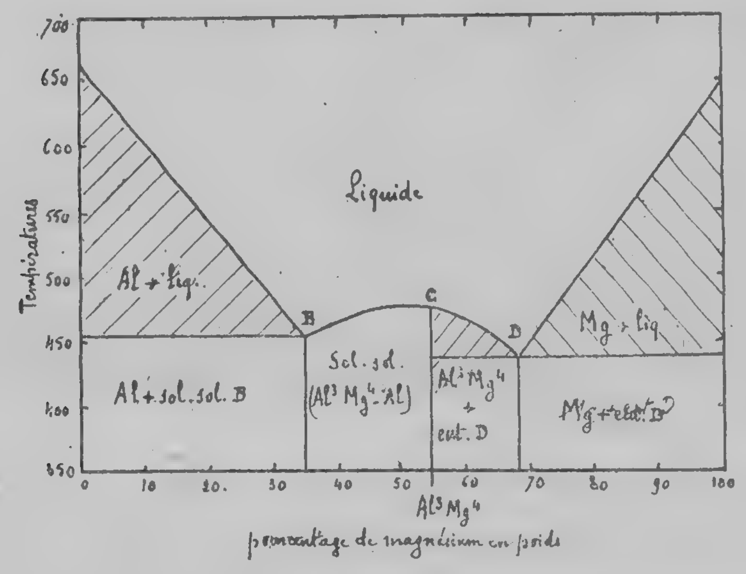


Fig. 6. — Alliages binaires magnésium-aluminium (d'après Grube).

Les PROPRIÉTÉS CHIMIQUES sont identiques à celles des métaux seuls, avec cette différence que leur juxtaposition crée une sorte d'élément voltaïque où le plus électronégatif supporte la majeure partie de l'altération. Ceci explique la nocivité du plomb dans les alliages plomb-étain utilisés comme soudures. La vaisselle d'étain ne doit pas renfermer plus de 1 o/oo de plomb.

3e cas. — Les deux métaux ne sont pas solubles ni à l'état solide, ni à l'état liquide sauf à température très élevée. Ils se séparent, il y a *liquation*. C'est le cas du plomb et du zinc (v. fig. 5).

La solubilité complète n'existe qu'au-dessus de 920°, au refroidissement on a deux couches, l'une riche en zinc, l'autre riche en plomb.

4e cas. — Les deux métaux réagissent l'un sur l'autre et peuvent donner une ou plusieurs *combinaisons chimiques.* En général la combinaison chimique se traduit par un maximum dans la courbe. Sa concentration est déterminée par ce maximum. Entre la combinaison et les métaux constituants ou les autres combinaisons se forment des mélanges mécaniques ou des solutions solides (v. fig. 6).

Les PROPRIÉTÉS MÉCANIQUES sont en général mauvaises. La combinaison apporte une dureté et une fragilité très grandes.

Les PROPRIÉTÉS CHIMIQUES dépendent de la résistance chimique de ces nouveaux composants. Ainsi les bronzes d'aluminium à 10 o/o d'aluminium ont une résistance chimique plus élevée que celle de l'aluminium et du cuivre séparément qu'ils doivent au composé Cu^3Al. De même les alliages magnésium-aluminium connus sous le nom de magnalium jusqu'à 33 o/o sont constitués par de l'aluminium entouré d'une solution solide Al — Al^3Mg^4. Cette solution solide, plus résistante chimiquement, confère cette propriété à ces alliages qui ont été utilisés comme blocs et comme plaques-bases par nos confrères allemands. Par contre, les laitons (Cu-Zn) qui renferment plusieurs combinaisons s'altèrent rapidement en bouche, ainsi que l'a noté qualitativement Grieves (*Dental Cosmos*, 1909).

En dehors de ces quatre cas principaux, les diagrammes des divers alliages binaires donnent des variantes multiples : solutions solides aux extrémités et mélange mécanique au milieu (or-nickel) ; solution solide d'un côté et mélange mécanique de l'autre, etc.

Alliages ternaires. — Leur étude, en raison des complexités qu'elle présente, est à peine ébauchée. On a

cependant déterminé la fusibilité des plus simples d'entre eux, formés de solutions solides ou de mélanges mécaniques.

Pour traduire graphiquement la fusibilité de ces alliages, il ne suffit plus d'une représentation dans le plan, mais il faut une représentation dans l'espace ou à défaut la projection de celle-ci dans le plan. On a recours aux coordon-

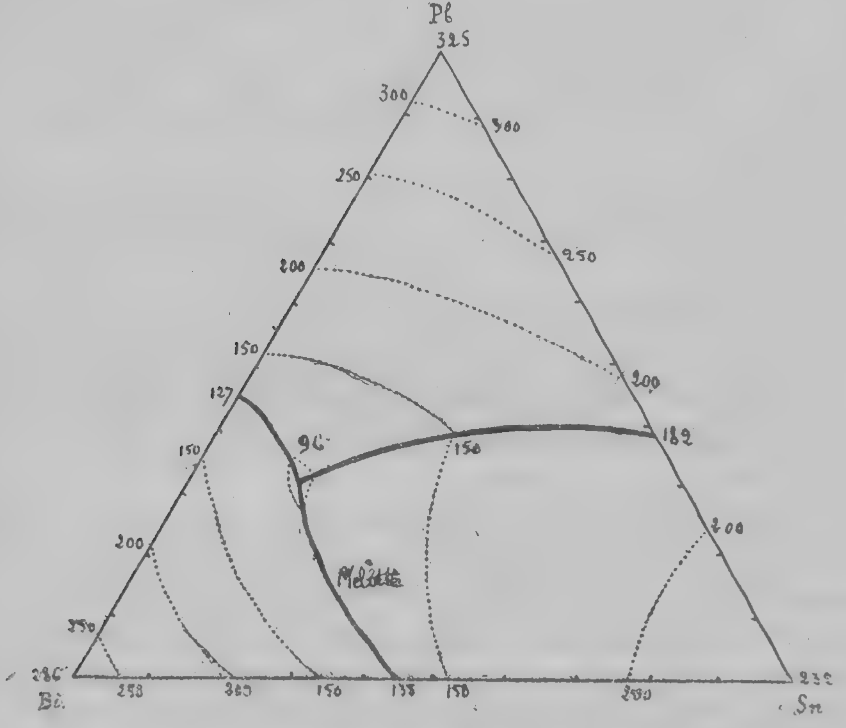


Fig. 7. — Alliages ternaires plomb-étain-bismuth (d'après Charpy).

nées du triangle équilatéral. D'un point situé dans ce triangle, les longueurs des perpendiculaires abaissées de ce point sur les côtés sont égales à la hauteur du triangle, les trois perpendiculaires fournissent un système de représentation graphique pour les trois métaux en présence. Les variations de la surface de fusibilité sont indiquées par des côtes espacées de 25°, de 50° ou de 100°. On peut obtenir également une surface de solidification ayant des côtes différentes de celles de la surface de fusibilité (fig. 7).

Alliages fusibles. — Charpy en France, Stoffel en Allemagne, ont déterminé des surfaces de ce genre pour des mélanges mécaniques. Les variations de concentration des trois métaux aboutissent à un minimum de fusibilité, qui est un point d'eutexie ternaire, moins élevé que les autres points d'eutexie binaires.

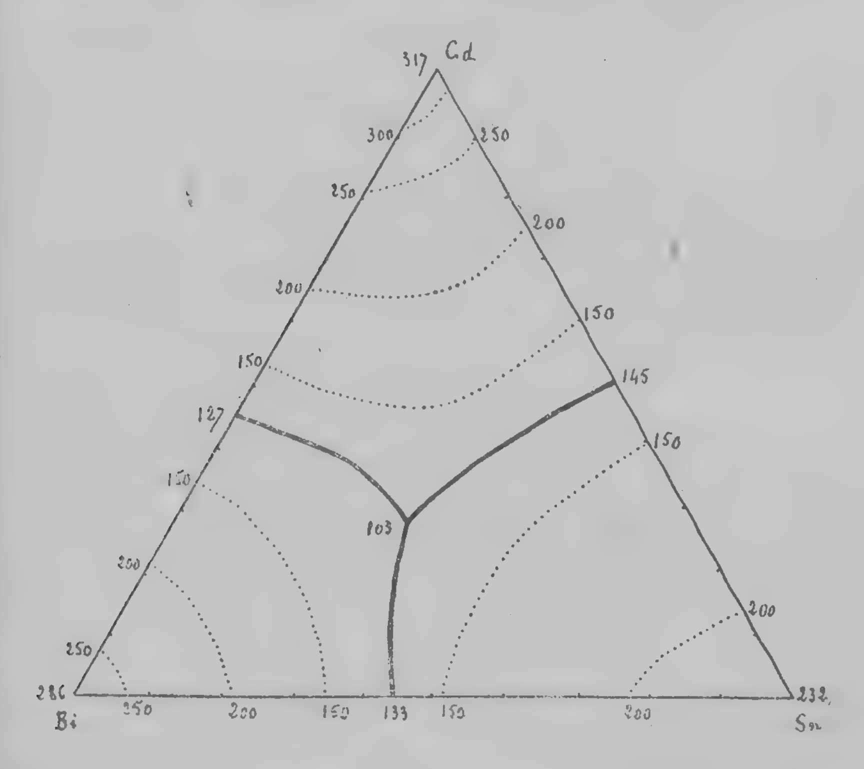


Fig. 8. — Alliages ternaires cadmium-étain-bismuth (d'après Stoffel).

Ainsi les points d'eutexie binaires suivants :

Pb	38	Sn	62	+	182°
Sn	45	Bi	55	+	133°
Pb	45	Bi	55	+	127°
Pb	75	Cd	25	+	230°
Cd	50	Sn	50	+	145°
Cd	63	Bi	37	+	138°

sont plus élevés que les points d'eutexie ternaires suivants (fig. 7, 8, 9) :

Sn	15,4	Pb	32,4	Bi	52,2	+	96°
Pb	21	Cd	22	Sn	57	+	145°
Cd	27,5	Bi	39,3	Sn	33,2	+	103°

Les alliages fusibles que nous utilisons ne sont pas autre chose que ces mélanges ternaires dans lesquels en vue de matriçage on a recherché une ténacité suffisante pour une

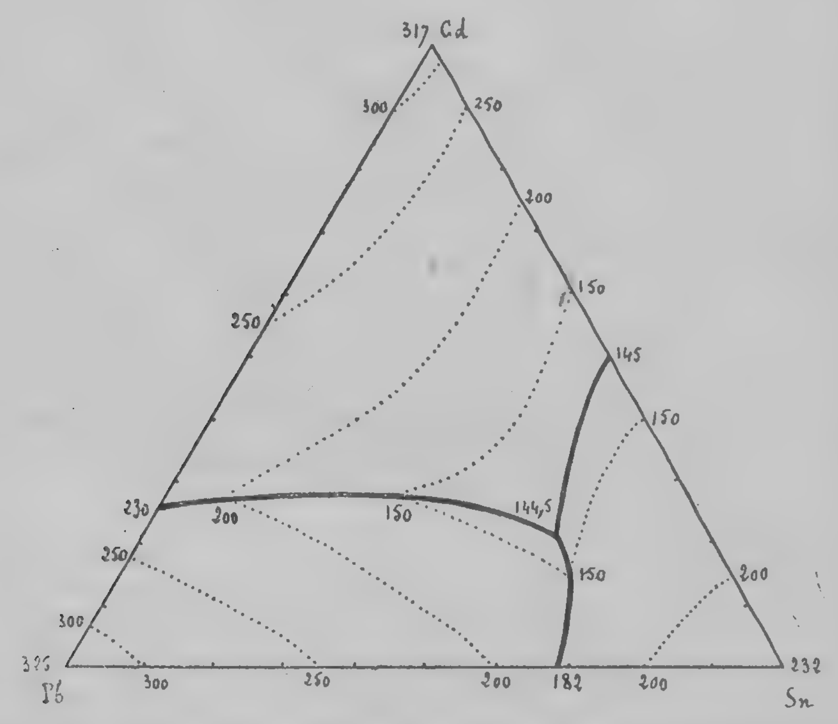


Fig. 9. — Alliages ternaires étain-cadmium-bismuth (d'après Stoffel)

fusibilité moindre. Le métal Melotte est Pb 3, Sn 5, Bi 8, tandis que le Darcet n'est autre que l'eutectique ternaire.

Les mélanges mécaniques ternaires peuvent, par adjonction d'un autre métal donnant des mélanges mécaniques avec les précédents, obtenir un eutectique quaternaire. C'est le cas du métal de Wood, fondant à 65°5, Pb 2, Cd 1, Bi 4, Sn 1.

Alliages d'or. — Cette connaissance des diagrammes de constitution est également utile pour les alliages d'or

d'utilisation si courante dans notre art. Dans *L'Odontologie* (décembre 1916, mars et avril 1917) ont déjà paru des exposés succincts de leur constitution à propos des soudures d'or. Je ne fais donc que résumer : certains métaux forment avec l'or des solutions solides, tels sont le cuivre, l'argent, le fer, le palladium et le platine. D'autres ne donnent des solutions solides qu'au-dessous d'un certain pourcentage : ce sont le nickel 4 o/o, le cadmium 17 o/o, le zinc 12 o/o, le bismuth 4 o/o, l'étain 3,5 o/o. L'antimoine, l'aluminium et le plomb donnent des combinaisons chimiques qui forment des mélanges mécaniques avec l'or en lui faisant perdre ses excellentes propriétés mécaniques.

Alliages d'aluminium. — Je vous signale également les études toujours pendantes des alliages légers et des alliages lourds. Pour les alliages légers, c'est le durcissement de l'aluminium obtenu par le nickel, le manganèse, le magnésium ou le chrome. Pour les alliages lourds, c'est le perfectionnement graduel des alliages complexes dérivés des bronzes d'aluminium.

Je vous signale aussi les alliages d'argent, de platine et des métaux de son groupe.

Doivent entrer également dans le nouveau programme, ou plutôt le nouveau développement du programme, l'étude des *principaux alliages industriels* qui servent à notre instrumentation et à notre outillage : fontes, fers, aciers, bronzes, laitons et maillechorts. Voici des exemples qui vous en montreront l'utilité : quatre daviers de marques connues sont soumis à l'essai de dureté. Il s'agit d'un Evrard, le prototype des daviers actuels faits à la main, d'un davier de fabrication exclusivement anglaise marque Goode, d'un davier américain marque White et d'un davier allemand marque Rauhe. Les deux premiers sont des aciers anglais (quoique français, Evrard fut obligé d'aller fabriquer en Angleterre), ce sont des aciers ayant plus de 0,850 de carbone ; ce sont des aciers extra-durs. Vient ensuite le davier de marque Rauhe, fait avec un acier à

0,650 en carbone, c'est-à-dire un acier dur. Enfin vient le davier de marque White, exemple frappant du davier fabriqué en série nécessitant un acier mi-dur à 0,500 de carbone.

Si, à côté de cet examen technique vous apportez votre jugement averti de professionnel, je ne doute pas que vous ne pensiez que le davier d'Evrard comme forme anatomique, comme puissance de levier, comme fini d'instrument, est de beaucoup supérieur. Dans l'avenir un fabricant d'instruments dentaires qui s'inspirerait de ces daviers en utilisant des aciers spéciaux doit arriver à livrer à la profession le davier idéal, léger et résistant.

Deux autres points sollicitent l'attention dans les applications de la métallurgie à notre art : ce sont les amalgames et la monture métallique des dents artificielles.

L'AMALGAMATION DANS LES AMALGAMES ORDINAIRES. — L'étude de la constitution des amalgames n'a pas encore été faite entièrement. On ne connaît que les diagrammes de quelques amalgames binaires Hg-Cd, Hg-Bi, Hg-Pb, Hg-Sn et sur les autres on ne possède que des données assez incomplètes.

Craignant de lasser votre bienveillance et votre attention, je me borne à vous signaler l'importance de cette étude pour notre art et, pour ne pas allonger outre mesure cet exposé aride, à vous commenter le processus d'amalgamation dans les amalgames ordinaires argent-étain.

Trois points à envisager :

1° Dissociation de l'alliage argent-étain par le mercure ;

2° Formation d'un amalgame d'étain ;

3° Formation d'un amalgame d'argent.

1° *Dissociation de l'alliage argent-étain.* — Quand on soumet n'importe quel alliage binaire argent-étain à l'action du mercure, l'alliage ternaire résultant n'a plus la constitution de cet alliage binaire. Il se forme un amalgame d'étain et un amalgame d'argent qui coexistent ou plutôt une solution solide de mercure dans l'étain avec une

solution solide d'argent dans le mercure. Le fait est démontré par l'étude métallographiqne et par l'étude de certaines de leurs propriétés physiques. Une dissociation analogue par le mercure existe avec les alliages or-étain (Laurie). Comme le but proposé dans la formation d'un amalgame dentaire est l'invariabilité de volume à la prise et dans le temps, il nous faut suivre les variations du poids ou du volume spécifique de ces alliages au moment de leur confection.

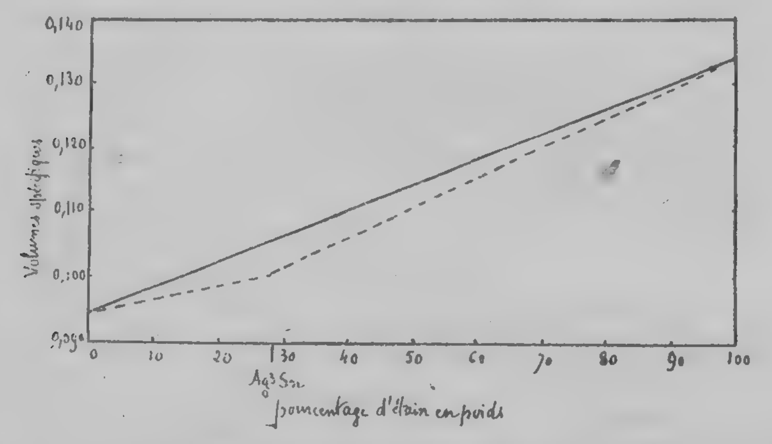


Fig. 10. — Volume spécifique des alliages argent-étain (d'après Macy).

Vous savez qu'on appelle poids spécifique d'un corps le poids de l'unité de volume de ce corps. Pour faciliter le calcul de la contraction ou de l'expansion de volume qui se produit en alliant deux métaux, certains expérimentateurs préfèrent la notion de *volume spécifique*. C'est le nombre de centimètres cubes contenus dans un gramme de ce corps.

$$\text{Volume spécifique} = \frac{1}{\text{poids spécifique}}$$

Théoriquement ce volume spécifique doit varier avec la concentration et suivre une ligne droite joignant les deux volumes spécifiques des métaux constituants. C'est le volume spécifique théorique.

Pour les alliages binaires argent-étain les volumes spé-

cifiques de ces alliages sont inférieurs à ce que la théorie prévoit.

Ils se forment avec contraction (v. fig. n° 10) avec un maximum à 27 o/o d'étain correspondant à la combinaison chimique Ag^3Sn. Le mercure les dissociant, il se produit donc de l'expansion. Cette expansion atteint 5 o/o à 27 o/o d'étain (Macy).

2° *Formation d'un amalgame d'étain.* — Le dia-

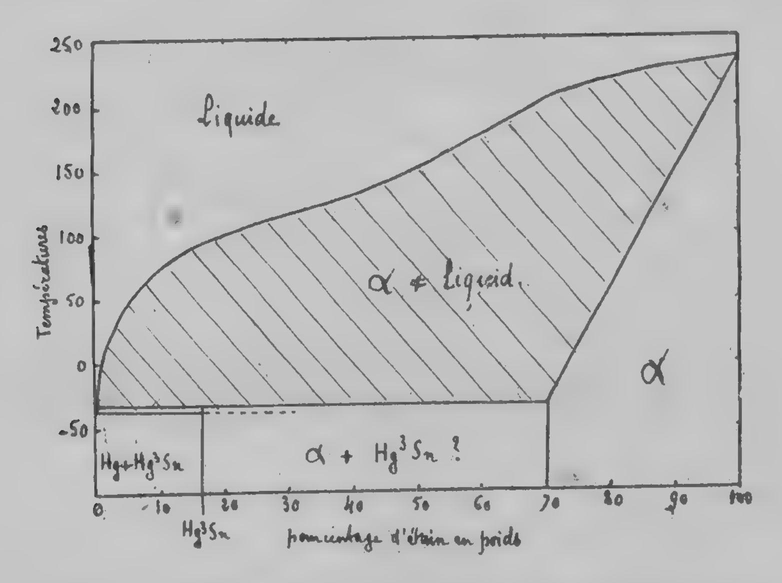


Fig. 11. — Diagramme des alliages binaires mercure-étain (d'après Heteren).

gramme des alliages binaires mercure-étain indique (v. fig. n° 11) la formation d'une solution solide de mercure dans l'étain à la température de 37°, cette solution à la concentration Sn 80 Hg 20 (Heteren). L'étude des volumes spécifiques donne une légère expansion de 1 o/o à 99 o/o d'étain (v. fig. n° 12) (Holzmann).

3° *Formation d'un amalgame d'argent.* — Ce que nous connaissons de la constitution de cet amalgame, en raison de sa structure cristalline et de la multiplicité des combinaisons chimiques qui lui ont été attribués, semble indiquer une solution solide. Mais l'accord est loin d'être

établi sur la teneur exacte de cette solution à la température ordinaire. Les auteurs français indiquent la teneur correspondant à AgHg (Dumas, Guillet, de Mortillet), soit 37,3 o/o d'argent en poids. Les auteurs allemands (Ogg, Reinders) donnent comme limites Ag^3Hg^4 et Ag^3Hg^2. L'étude des volumes spécifiques (Macy) n'a pas tranché la question. Il semble que ce soit Ag^3Hg. Ces amalgames se forment avec contraction (v. fig. 13).

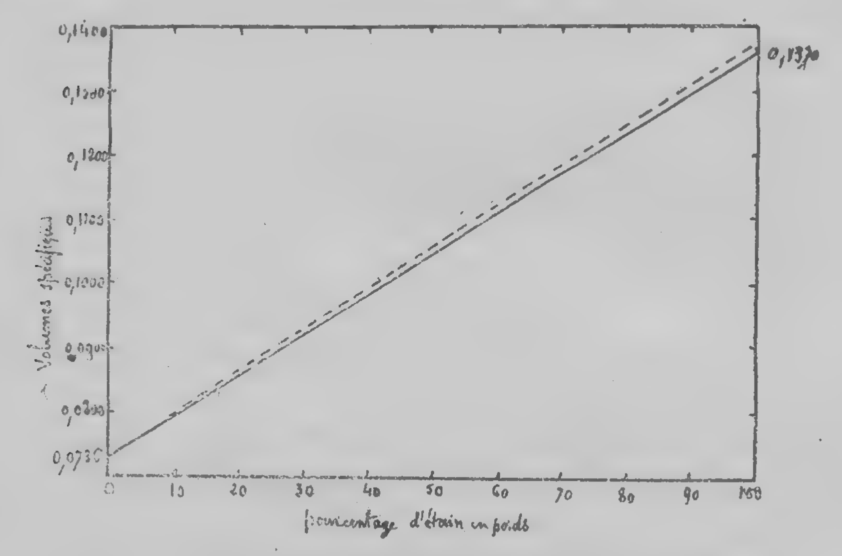


Fig. 12. — Volumes spécifiques des alliages mercure-étain (d'après Holzmann).

RECHERCHE DE L'AMALGAME-TYPE. — Il est donc possible, en dosant l'expansion provenant de la dissociation des alliages argent étain et celle provenant de l'amalgame d'étain, de compenser exactement la contraction produite par l'amalgame d'argent. Deux auteurs l'ont recherchée : Black, d'une part, Fenchel, d'autre part, en se donnant des directives différentes.

Pour Black, ce qui importe surtout, c'est l'invariabilité de volume avec un minimum de mercure dans l'amalgamation et la solidité de texture, ce qui nécessite un certain pourcentage en argent. C'est pourquoi l'alliage, argent 65, étain 35, indiqué par lui, est amalgamé avec une quantité

de mercure telle (50) que l'amalgamation n'est pas totale et qu'il subsiste un excès d'argent (fig. 14). Mais cet argent est entouré par l'amalgame et ne crée pas de points faibles aux agents de sulfuration comme l'a reproché injustement Fenchel.

Par sa présence, cet argent assure une plus grande dureté à la masse. Black s'est assuré des propriétés mécani-

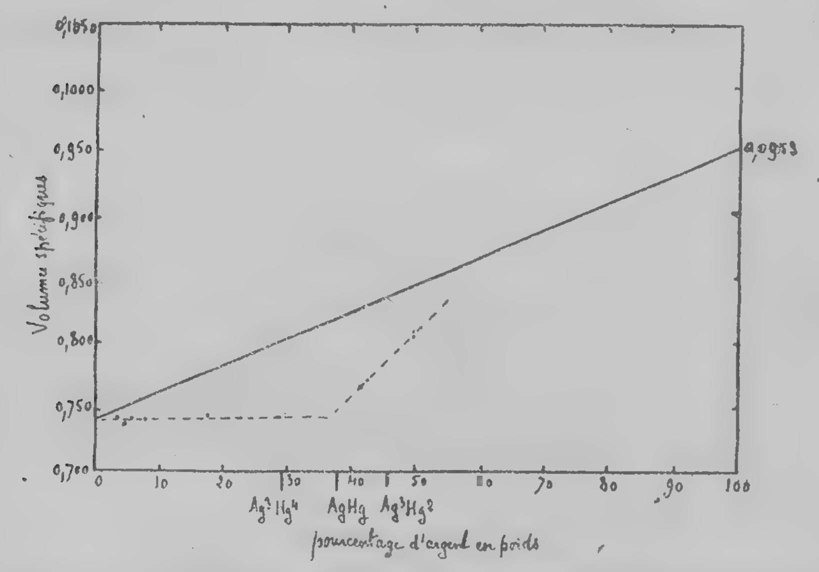


Fig. 13. — Volumes spécifiques des amalgames mercure-argent (d'après Macy).

ques des divers amalgames par divers essais : l'essai à la compression sur l'amalgame inséré dans un bloc d'acier, l'essai à la pression alternative et la pression continue (flow) pour apprécier la résistance à la globulisation sous l'action de la mastication.

L'amalgame-type de Black offre donc de sérieuses garanties par les propriétés mécaniques qu'il présente et aussi par les recherches micrométriques et extensométriques qui ont dicté son choix. Fenchel trouve, pour cet amalgame-type de Black, $\frac{40}{1000}$ d'expansion au 5[e] jour, $\frac{52,5}{1000}$ au 12[e] jour, $\frac{50}{1000}$ au 16[e] jour et $\frac{67,5}{1000}$ au 60[e] jour.

Pour Fenchel, un amalgame a d'autant moins de chances de varier dans le temps que l'amalgamation est totale. Nous venons de voir que cette amalgamation totale n'était pas définie pour l'argent, s'agit-il d'AgHg, d'Ag^3Hg^4 ou d'Ag^3Hg^2. Fenchel penche pour cette dernière.

D'après les volumes spécifiques, il calcule un amalgame

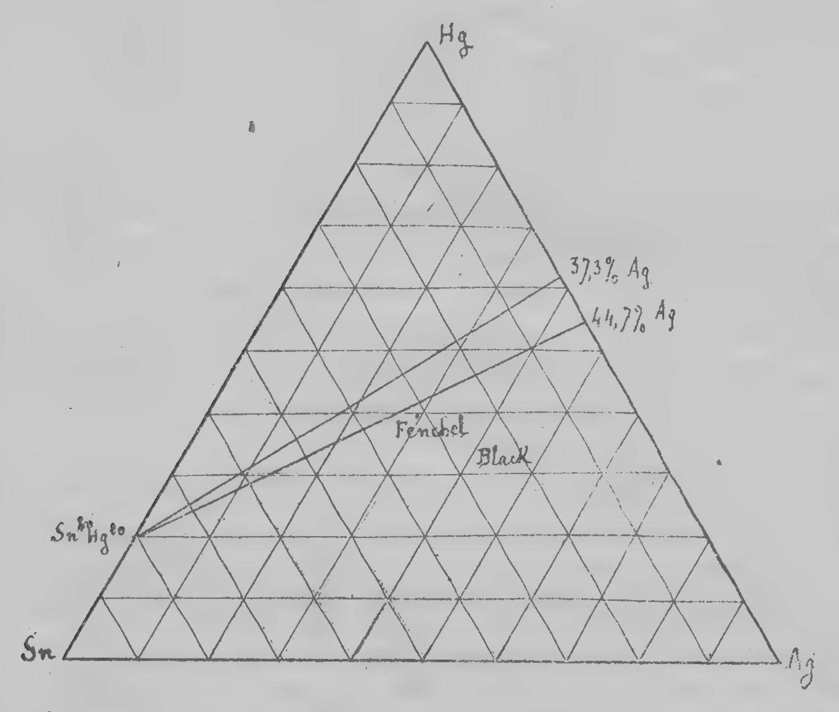


Fig. 14. — Alliages ternaires mercure-argent-étain (amalgamation totale et les amalgames-types de Black et de Fenchel).

n'ayant ni contraction, ni expansion ayant les proportions Ag 48 Sn 52 pour Hg 66, soit en ramenant ces trois chiffres à des proportions centésimales : Ag 28,92 Sn 31,32 Hg 39,76. Cet amalgame ne réalise pas tout à fait l'amalgamation totale, telle que Fenchel la suppose (fig. 14). Il renferme un excès d'argent. Son créateur lui assigne $\frac{40}{1000}$ d'expansion au 14° jour, $\frac{10}{1000}$ au 16e jour, $\frac{35}{1000}$ au 60e jour

et $\frac{32,5}{1000}$ au 120e jour. De par sa teneur en étain il se sulfure peut-être moins que l'amalgame-type de Black, mais il n'en a pas les propriétés mécaniques, solidité de texture et résistance à la globulisation.

La monture métallique des dents artificielles. — En raison de la rareté du platine et de l'élévation de son prix d'achat, on a songé à lui substituer des métaux ou des alliages moins coûteux. Dans la fabrication des lampes à incandescence, ce métal est presque complètement remplacé par les aciers au nickel de 46 à 48 o/o de nickel qui possèdent, à température ordinaire, un coefficient de dilatation voisin du sien et de celui de la porcelaine. Ces alliages sont connus sous le nom de *platinite*. Dans la fabrication des dents artificielles, ces alliages n'ont pas été utilisés comme me l'ont montré diverses analyses de crampons. N'ayant pas les données suffisantes pour soutenir un exposé complet de la question (coefficient de dilatation des pâtes céramiques), je me bornerai à vous donner sans commentaires le résultat de ces analyses.

Quatre variétés commerciales de dents artificielles :

1° *Les dents à crampons de platine.* — Des analyses pratiquées sur des crampons de diverses marques : « Revelation », « Ash », « White » ont donné une très forte teneur en platine avec une petite quantité d'iridium.

2° *Les dents à bas prix.* — Diverses marques : « Métallite », « Phila-Compo », « Radia », « Glaty » ont donné des résultats similaires. Ce sont des crampons de nickel à peu près pur, avec une faible teneur en fer ne dépassant pas 3 à 4 o/o.

3° *Les dents à crampons protégés.* — La « New-Departure » a des crampons constitués par un fil plein de nickel, entouré de platine (7 o/o). Dans le nickel des impuretés : fer : 1,54 o/o.

La « Solila » a des crampons formés d'un fil plein de nickel (Ni 70 ; Fe 3), entouré d'une enveloppe d'or (27 o/o).

Les crampons de « Caplain Saint-André » sont également entourés d'or (18 o/o), mais le fil plein intérieur est constitué par du cuivre ou plutôt un alliage à forte teneur en cuivre, bronze ou laiton complexe.

Dans ces deux dernières dents, une petite gaine de platine cuite dans la porcelaine est soudée au crampon.

4° *Les dents à crampons inaltérables destinées à la vulcanite.* — La « Casco » est formée par un alliage d'or-argent-palladium avec des traces de platine. Cet alliage a été breveté à l'étranger (avril 1916) pour la joaillerie et l'art dentaire. Le brevet donne la composition or 50, argent 35, palladium 15.

La marque « Wienand », fabriquée en Allemagne pendant la guerre, a comme monture un alliage à très forte teneur en palladium.

Voilà donc résumés les points essentiels qui, à mon avis, doivent entrer dans l'enseignement de la métallurgie appliquée à l'art dentaire. Ce programme a été réalisé partiellement dans le livre allemand de Fenchel avec des tendances telles que nous pourrions croire qu'il existe une métallurgie allemande, appliquée à notre art et que seuls leurs nationaux l'ont étudiée. Je ne le crois pas, l'art dentaire n'a pas de nationalité, mais l'Ecole dentaire de Paris en a une, et il est peut-être bon que sur ce terrain, comme sur les autres, elle affirme son existence.

DÉCOMPOSITION ÉLECTROLYTIQUE DE MÉTAL DANS LA BOUCHE

Par le Docteur Maurice Roy

Dentiste des Hôpitaux, Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 2 décembre 1919*)

Nous connaissons depuis longtemps les courants électriques qui se forment dans la bouche. Nous savons que, par suite de la présence de deux métaux différents dans la bouche avec les éléments alcalins ou acides qui se rencontrent dans le milieu buccal, il se forme une pile de Volta, cette pile pouvant produire des effets analogues à toutes les piles et particulièrement provoquer dans les dents des réactions douloureuses que nous connaissons tous.

Certains malades disent : je ne puis toucher avec ma cuiller cette dent qui porte une obturation métallique, parce que cela provoque de la douleur.

Un de nos confrères de Serbie, M. Poullio, a publié récemment dans *L'Odontologie*, il y a quelques mois, un certain nombre de cas assez intéressants de courant électrique qu'il avait observés avec le port de bridges et qui se traduisaient par des douleurs assez violentes lorsque ces malades fermaient la bouche et que le bridge venait en contact avec une obturation métallique. L'auteur a fait disparaître ces douleurs en établissant un corps isolant entre les métaux qui servaient de conducteurs à ces piles intra-buccales[1].

A la suite de cette publication, M. Foveau de Courmelles[2] a publié une petite étude très intéressante sur les courants électriques dans la bouche ; il a rappelé également cette formation d'une pile de Volta, mais il a décrit un point plus particulièrement intéressant encore en montrant que, dans la bouche, non seulement la présence de métaux dif-

1. A. Poulio. Le courant électrique dans la bouche. *L'Odontologie*, 30 mars 1919, p. 90.

2. Foveau de Courmelles. Les courants électriques de la bouche. *L'Odontologie*, 30 août 1919, p. 335.

férents provoquait la production de courants électriques, mais que, en outre, des courants électriques se produisaient du fait même de la mastication ; en effet, toute réaction chimique produit un courant électrique et la réaction de la diastase salivaire sur les matières amylacées, qui est la réaction normale de la digestion buccale, provoque par conséquent la production de courants électriques.

« On peut, dit cet auteur, mastiquer une pomme de terre, par exemple aussi bien que possible, et en placer le produit trituré et insalivé sur le plateau d'un électromètre condensateur et l'on verra s'écarter les feuilles d'or qui décèlent la présence électrique..... Le ferment soluble, analogue au principe de l'orge germé, ptyaline, diastase animale, est la base de la réaction électro-chimique qui nous occupe. »

Ceci dit, j'en arrive maintenant au point particulier qui fait l'objet de la petite communication, bien modeste, que je vais vous présenter, mais qui vous intéressera, néanmoins, je l'espère. Dans cette observation, il ne semble pas que ce soit des courants électriques produits par les fermentations intra-buccales qui soient entrés en jeu ; il semble que les phénomènes que j'ai observés ont été provoqués par la présence de deux métaux différents.

Voici les faits.

En 1917, j'eus à traiter un malade qui présentait une pyorrhée assez intense d'une première grosse molaire supérieure ; cette molaire, très mobile, était menacée d'une chute prochaine si un traitement approprié n'était pas appliqué.

Il n'y avait qu'une solution possible pour conserver cette dent : c'était de faire un bridge qui permît, en se servant des deux dents proximales (la seconde prémolaire et la seconde grosse molaire) qui étaient suffisamment solides, d'immobiliser cette troisième dent d'une façon complète et d'en permettre ainsi la conservation. C'est pourquoi je proposai à ce patient de lui faire un bridge avec trois couronnes sur ces trois dents. Mais, à ce moment (nous étions à la fin de décembre 1917), une petite difficulté se présentait:

l'or était très rare, très difficile à se procurer. Je me trouvais n'en avoir qu'une très faible provision, que je conservais comme un avare, mais pas pour le même motif que celui-ci !

Je dis à ce malade, qui était un homme fort intelligent : « Monsieur, nous sommes dans une situation un peu embarrassante ; nous ne trouvons pas d'or en ce moment, c'est très ennuyeux ; aussi, si cela vous est égal, je vous ferai un bridge en métal d'alliage dit Victoria que nous employons couramment pour des appareils faits à nos blessés des mâchoires et qui est très résistant s'il est moins beau que l'or, ce qui n'a pas d'importance dans le cas présent, puisque ce n'est pas une question d'esthétique que vous recherchez ; néanmoins, comme vous avez une prémolaire, qui est peut-être un peu visible, je vous ferai une couronne d'or sur cette prémolaire et deux couronnes en métal Victoria sur les deux grosses molaires. Je pourrai avoir suffisamment d'or pour faire cette unique couronne et le résultat sera très satisfaisant tant au point de vue esthétique que pratique. »

Mon patient accepta ma proposition et je me mis en devoir d'effectuer le travail convenu. Je fis à ce malade une couronne d'or sur la prémolaire et une couronne Victoria sur chacune des grosses molaires. Toutes ces couronnes étaient soudées à la soudure d'or. Le travail terminé, je plaçai mon bridge ; le résultat était absolument parfait. Au bout de quelques jours, mon patient revint me voir enchanté, il ne souffrait plus, sa dent était très solide, il mastiquait sur elle sans difficulté. Je ne le revis plus pendant un certain temps.

Trois mois environ après, ce patient, qui habite en province, passant par Paris, vint me voir pour me montrer d'autres dents qui avaient besoin de soins ; ensuite il me dit, en me montrant la seconde molaire de son bridge : « Regardez donc ; votre appareil marche toujours très bien, mais il me semble qu'il y a quelque chose là qui me gratte un petit peu la langue. »

Je regardai et restai stupéfait, en apercevant sur la cou-

ronne de cette première molaire, un trou qui siégeait, non pas sur la surface triturante, mais *sur la surface linguale de la couronne*. Or il n'y avait pas d'appareil, ni quoique ce fût qui frottât sur ce point et qui pût expliquer cette usure si rapide, cause de ma surprise.

J'examinai le bridge plus attentivement et m'aperçus que le pourtour des couronnes en Victoria était réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette, bien que j'eus employé, pour la confection des bagues de celles-ci, du métal au 8 de la filière, étant donné sa grande malléabilité et mon désir de faire un appareil très résistant.

Sur la face linguale, le métal était absolument rongé, brillant par place, ressemblant au chrysocale, ce métal mince sur lequel les fabricants cousent les boutons de nacre; il était si mince sur ces points qu'on le soulevait avec l'ongle ; or, je viens de vous le dire, ce métal était, trois mois auparavant, au 8 au moins de la filière. La face triturante des couronnes, faite en métal Victoria fondu à une grosse épaisseur, était également rongée mais non percée, en raison de l'épaisseur plus considérable du métal en cet endroit. Sur la couronne d'or de la prémolaire, il n'existait aucune trace d'altération. Vous allez voir sur la pièce que je vais faire passer les traces, on ne peut plus nettes, de la destruction du métal.

Il ne me restait qu'une chose à faire : j'enlevai le bridge et le refis entièrement en or, j'avais pu heureusement en trouver dans l'intervalle. Le bénéfice n'a pas été pour moi, comme vous le pensez, et je me suis vivement excusé auprès de ce patient à qui, de très bonne foi, j'avais promis toute satisfaction de cet appareil, me fondant pour cela sur les résultats parfaits que nous obtenions à ce moment chez les blessés, avec des appareils en métal Victoria, qui étaient admirablement tolérés dans la bouche et résistaient très bien apparemment à toutes les causes d'altération. J'en avais eu des exemples sur mes blessés depuis de longs mois et j'étais convaincu que les choses se passeraient de même chez mon patient.

Les faits, malheureusement, comme vous le voyez, n'ont pas répondu à mon attente et je pense que si je n'ai pas obtenu un meilleur résultat, c'est que justement je n'ai pas fait mon pont entièrement en métal Victoria ; j'ai voulu trop bien faire les choses en faisant l'une des couronnes en or.

Je pense que c'est à la présence simultanée de ces deux métaux, soudés à la soudure d'or, qu'est due cette décomposition du métal Victoria, décomposition qui, je n'ai pas besoin de le discuter longuement devant vous, ne peut être que d'une nature électrolytique, étant donné qu'une décomposition chimique capable de produire une semblable altération du métal ne peut se produire dans la bouche.

Vous verrez que les faces triturantes sont rongées comme si l'appareil avait été plongé dans un acide ; or ceci s'étant fait dans la bouche, il n'y a qu'une seule explication possible : la décomposition de nature électrolytique du métal dans la bouche.

Je ne connais aucun cas de décomposition semblable qui ait encore été signalé.

Dans un autre ordre d'idées, il y a un fait que l'on pourrait rapprocher de celui-ci au point de vue de l'action électro-chimique, c'est l'association d'or et d'étain pour l'obturation ; on place dans la cavité de l'or et de l'étain absolument distincts ; or si vous examinez l'obturation au bout de quelques années, vous ne retrouvez plus ni or ni étain ; vous trouvez un métal nouveau, sorte d'alliage duquel on ne peut plus séparer l'or de l'étain. Il s'est donc produit une sorte d'alliage électrique. Dans le cas que je vous ai exposé, il s'est produit, au contraire, une véritable électrolyse du métal Victoria qui est composé de cuivre, zinc, antimoine, nickel, sans doute par suite de la présence à son contact d'or à 22 carats.

La connaissance de ces faits pourra, Messieurs, vous servir pour vous mettre en garde contre l'emploi dans la bouche du métal Victoria associé à d'autres métaux. Vous voyez que, dans ces conditions, on peut observer une décomposition extrêmement rapide du métal.

REVUE DES REVUES

PROCÉDÉ IDÉAL DE BROSSAGE DES DENTS ET BROSSE A DENTS-TYPE

Par W.-J. CHARTERS, de Des Moines (Etats-Unis).

Il est très difficile de déterminer la cause réelle de bon nombre de maux dont souffre le genre humain. Beaucoup ont évidemment une origine remontant à des siècles, et les conditions actuelles sont le résultat direct de quelque changement biologique ou sociologique survenu dans une grande crise de la vie de l'homme. Un changement radical dans son genre de vie, dit-on, amena l'atrophie d'un second intestin et le réduisit à ce qui est l'appendice, et l'appendicite est une des pénalités auxquelles l'homme est soumis. La constipation est, dit-on, un des résultats de la position verticale de l'homme en marchant.

Le raccourcissement de la mâchoire humaine est la cause des troubles de la 3e molaire. Le manque d'usage de nos maxillaires rend inutile qu'ils soient aussi forts ; de là une autre pénalité pour notre vie moins ardente.

Les animaux sauvages vivant à l'état naturel ne sont pas sujets à ces troubles. A une époque, l'homme vivait de la même manière et était certainement exempt de ces maladies à cette époque. Une grande différence entre les sauvages et l'homme civilisé consiste dans le régime alimentaire. Ceux-là mangent des aliments simples, naturels, crus, tandis que nous mangeons principalement une nourriture cuite, compliquée, sous des combinaisons parfois déconcertantes.

La plus grande crise dans le développement de l'homme se produisit évidemment quand il découvrit le feu et commença à faire cuire ses aliments. S'il avait continué à vivre d'aliments simples et crus, il se pourrait qu'il n'eût jamais connu ces troubles dentaires, mais peut-être n'aurait-il jamais atteint le développement intellectuel d'à présent. Il est impossible de prouver que ce remplacement des aliments crus par des aliments cuits soit la cause de ces troubles ; mais n'est-il pas raisonnable de penser que ce changement radical de régime a amené une multitude de modifications dans la digestion, lesquelles ont eu pour résultat un changement de tissus et de sécrétions ? Le fait que les animaux sauvages une fois domestiqués et nourris d'une autre manière présentent souvent des caries dentaires, de la pyorrhée

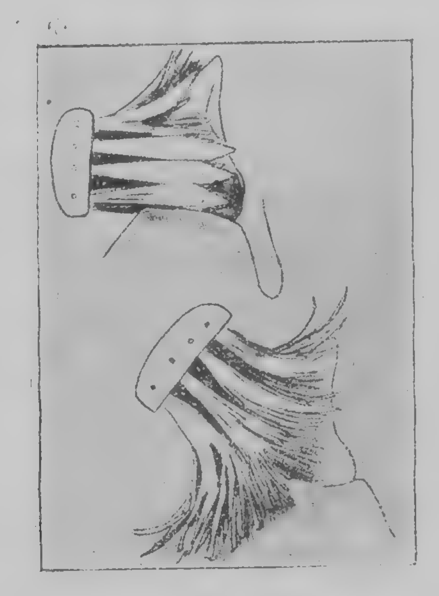


Fig. 1.

A) Possibilité de nettoyer les faces proximales quand les soies sont convenablement placées.

B) Difficulté qu'éprouve le commençant à placer convenablement les soies entre les dents. Cette difficulté toutefois est vaincue par la pratique.

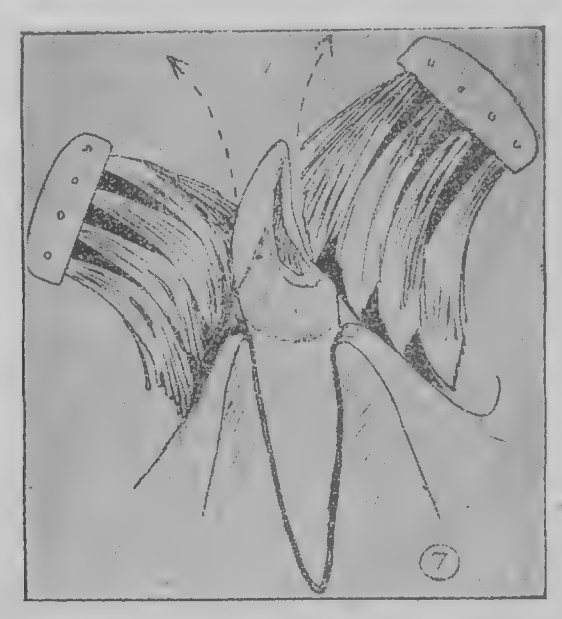


Fig. 2.

Section transversale ; la méthode ancienne et la méthode rotative de brossage ; noter la zone non nettoyée placée entre le point de contact et la gencive.

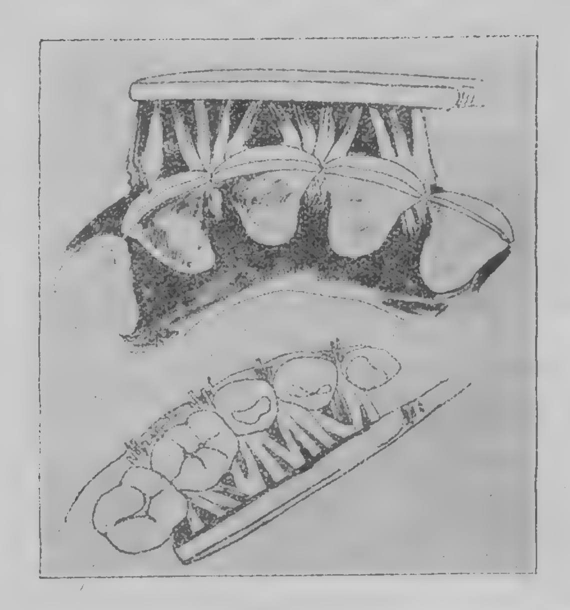


Fig. 3.
Positions buccales et linguales des soies, méthode idéale.

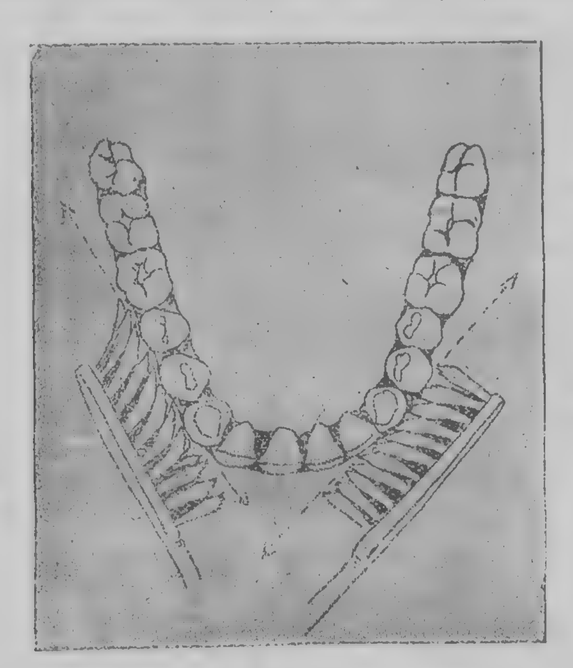


Fig. 4.
Méthode ancienne de brossage, montrant que les soies nettoient seulement les parties les plus saillantes des dents qui sont normalement des zones propres.

et d'autres maladies de la bouche, semble confirmer cette théorie et il est exact que l'effet de la loi de compensation, en matière de nutrition, a privé l'homme de son pouvoir de résistance aux maladies, alors, pour regagner cette immunité perdue, l'homme doit retourner à une alimentation naturelle crue ou trouver en quoi son régime alimentaire actuel est cause de la diminution de cette résistance. L'exercice est vital pour certains tissus, et peut-être le manque d'exercice joue-t-il un rôle à cet égard.

Les aliments cuits et mous n'exigent pas la même machine à broyer que les aliments durs, crus, fibreux ; de sorte que la nature réduit automatiquement la machine à approprier les aliments, ce qui diminue la vitalité des tissus intéressés.

Il est évident que l'homme ne retournera pas à une alimentation crue, du moins assez à temps pour rendre aucun profit aux générations futures. Nous devons nous contenter, du moins pour le présent, du traitement des symptômes, au lieu des causes initiales. Les résultats obtenus par ces traitements sont suffisamment bons pour garantir leur emploi général. Le nettoyage des dents et des autres tissus de la bouche est simplement le traitement d'un symptôme de la maladie primaire. Les animaux n'emploient pas de méthodes de ce genre, et cependant ils sont exempts des maux mêmes que nous essayons de prévenir dans nos bouches par ce moyen. Il est donc clair que le nettoyage artificiel de la bouche serait absolument inutile si l'organisme fonctionnait convenablement.

Si un homme veut être exempt de troubles dus à ses dents, il lui faut savoir qu'il est nécessaire d'en trouver la cause initiale et de la faire disparaître, ou de se soigner la bouche de façon à prévenir ou guérir ces troubles.

Méthode idéale de brossage des dents.

J'examinerai d'abord le brossage des dents des enfants. Nous supposerons que les gencives sont dans l'état normal et que nous voulons les y conserver. Quelques-uns croiront sans doute que cette méthode lèse les gencives. Il n'en est rien, car bien supérieur à tout autre mode d'emploi de la brosse à dents, le mien a été essayé sur un grand nombre d'enfants, non seulement sans causer de lésion, mais, au contraire, en faisant un grand bien dans chaque cas.

On dira peut-être que les gencives seront refoulées en arrière en dehors des espaces interproximaux dans une bouche normale. Cela est impossible quand le procès alvéolaire est normal et est prouvé par les photographies de la bouche qui ont été faites

avant l'emploi de cette méthode et après deux ans de cet emploi.

La nature reconstruit un tissu gingival plus solide pour résister au frottement de la brosse à dents. Les gencives de certaines

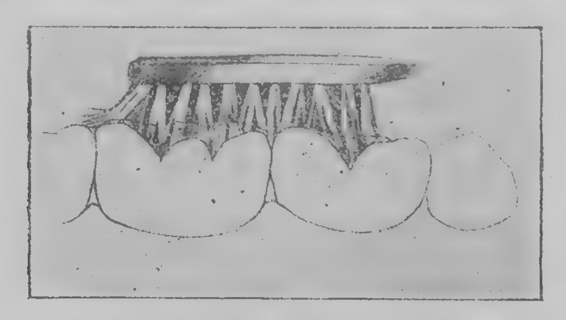


Fig. 5.

Méthode idéale de brossage des dents, montrant les soies atteignant les fissures et les sillons.

personnes semblent être réfractaires à la gingivite et à la pyorrhée, mais une forte proportion des bouches sont sujettes aux ravages de ces maladies, et il appartient à la profession dentaire

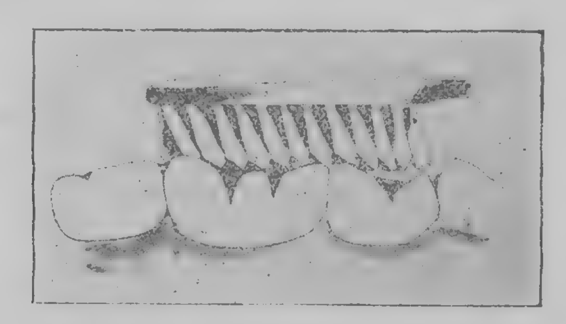


Fig. 6.

Méthode inexacte de brossage des faces occlusales, les soies ne touchant que les pointes saillantes et glissant sur les fissures et les sillons.

de pratiquer et d'enseigner la dentisterie préventive autant que possible pour que la pyorrhée et la carie soient écartées dans la plus large mesure.

La vertu de cette méthode de brossage se prouve mieux dans la bouche des gens chez lesquels la pyorrhée a commencé, sur-

tout dans les cas avancés où la gencive est molle et le procès alvéolaire désagrégé, car alors il y a des espaces interproximaux ouverts qui permettent d'introduire les soies entre les dents.

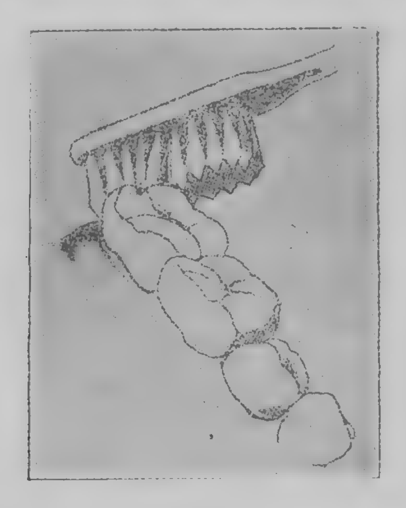


Fig. 7.

Méthode exacte de placement de la brosse pour atteindre les faces distales-inaccessibles en apparence des molaires.

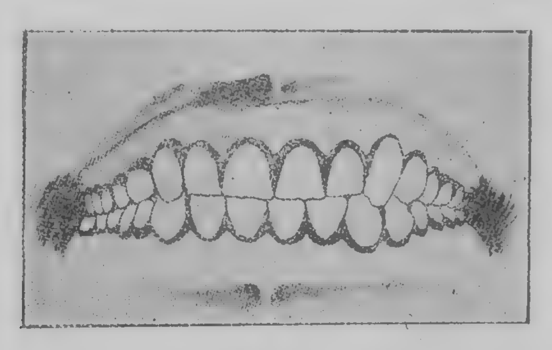


Fig. 8.

Conséquences des anciennes méthodes de brossage. La zone sombre entourant les gencives représente les détritus alimentaires restés en place.

La cause réelle de la carie dentaire et de la pyorrhée n'a jamais été trouvée, mais on peut affirmer que tout irritant, quel qu'il soit, qui lèse l'intégrité et la continuité du bord gingival peut provoquer la pyorrhée.

L'irritation qui peut détruire l'intégrité de ce bord peut revêtir diverses formes : dépôts calcaires, emploi vicieux de couronnes à rubans, crampons ou rétenteurs mal ajustés sur des dentiers, obturations insuffisamment finies, etc.

Dans presque tous les cas de pyorrhée moyenne ou avancée — état qui se rencontre dans presque toutes les bouches au-dessus de 30 ans — chaque praticien peut le constater lui-même en examinant avec une sonde exploratrice bien fine les 50 premiers patients qui se présentent à lui pour n'importe quoi. Qu'il regarde si le procès alvéolaire est plat ou concave, labio-lingualement et bucco-lingualement quand il était convexe primitivement.

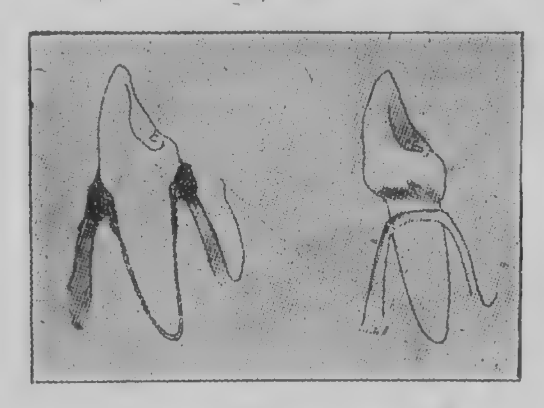


Fig. 9.

Dent infectée avant et après l'excision du tissu gingival malade et le brossage.

Or, il a été constaté que dans ces cas le brossage rendra la gencive dure, si dure et si ferme qu'on ne peut la refouler plus loin par aucune méthode de brossage, et cependant le procès alvéolaire a une surface concave.

Actuellement, avec aucun mode de brossage on n'atteint cette surface ; qu'en résulte-t-il ? Il faut recourir à la chirurgie et enlever la gencive et le procès pour être au niveau du centre de la face interproximale labio-lingualement ou bucco-lingualement ou même au-dessous de ce centre. C'est une opération très simple et absolument nécessaire pour tenir la bouche propre. Se rappeler que la brosse à dents ne chasse pas de la bouche le mucus qui a été enlevé des dents par la brosse, mais, au contraire, avec la salive et le dentifrice, le rend liquide, de sorte qu'avec de l'eau en abondance, ce mucus est rapidement entraîné.

Suivant moi, aucun médicament susceptible de guérir la pyorrhée ne peut être employé dans la bouche sans avoir d'effets délétères, et, si cela est vrai, il n'y a pas autre chose à faire que d'expulser les bactéries par un lavage de bouche facile à faire, pourvu que les poches inaccessibles en aient été débarrassées ; on prend pour cela une gorgée d'eau chaude, on rapproche les dents et les lèvres et l'on chasse l'eau entre les dents ; vider un ou deux verres d'eau ainsi. Nous devons expulser les bactéries de la bouche par le lavage, au lieu d'essayer de les détruire mécaniquement.

(*The J. of the Nation. Dent. Assoc.*, avril 1919.)

REVUE ANALYTIQUE

F. St. J. Steadman. — ***La pyorrhée alvéolaire cause prédisposante du cancer du tube digestif et de ses annexes.***

Pour l'auteur la pyorrhée alvéolaire est la cause prédisposante de beaucoup la plus fréquente du cancer du tube digestif ; il base cette opinion sur les considérations suivantes :

1° A part les organes génitaux, plus de 86 o/o de tous les cancers se rencontrent dans le tube digestif.

2° Une infection prolongée des organes génitaux et d'autres parties du corps est une cause prédisposant au développement du cancer.

3° La grande majorité des personnes atteintes de cancer du tube digestif présentent une pyorrhée alvéolaire avancée ayant duré de longues années.

4° Cette lésion péridentaire avancée n'est pas aussi fréquente chez les personnes ne souffrant pas de cancer.

5° C'est un fait connu que la déglutition incessante de pus peut provoquer et provoque effectivement dans de nombreux cas une gastrite chronique.

6° La majorité des patients souffrant du cancer de l'estomac ont eu une gastrite chronique plusieurs années avant le développement de la tumeur maligne. (*Dental Cosmos*, juillet 1914, p. 789.)

Alvin W. Viney. — ***Quelques observations sur l'emploi des vaccins dans le traitement de la pyorrhée alvéolaire ou ostéomyélite alvéolaire chronique.***

L'auteur prélève des cultures au collet des dents injectées, cultive sur agar ou dans du sérum sanguin, ou sur agar glycériné. Il préfère les cultures mixtes aux cultures pures.

Il injecte des vaccins autogènes à la dose de 200.000.000 par c^{m3}. La quantité injectée varie de 1/20 à 1/10 de c^{m3} tous les 3 ou quatre jours. Le lieu d'injection est à la partie inférieure du bord postérieur du deltoïde.

Il signale des réactions diverses : 1° au lieu d'injection de 4 à 24 heures après la piqûre. Pendant cette phase, qu'il nomme la phase négative, l'index opsonique est à son niveau le plus bas. Cette phase est suivie de la phase positive pendant laquelle se manifeste une sensation de bien-être et d'amendement des symptômes locaux, c'est-à-dire des symptômes alvéolaires ; l'index opsonique s'accroit. C'est pendant cette phase que la dose suivante doit être injectée.

Les bacilles les plus fréquemment rencontrés sont le streptocoque, le staphylocoque, surtout l'aureus, le pneumocoque, le micrococcus catarrhalis, le bacille de l'influenza.

L'importance du curettage minutieux des dents et racines dénudées est au moins égale à l'emploi des vaccins au point de vue de la cure.

L'auteur insiste sur la minutie de la préparation du vaccin ; la stérilisation doit être sévèrement contrôlée, il a dû préparer certaines fois plus de six vaccins différents. Des spores peuvent être rencontrées dans les vaccins.

Le traitement dure de six semaines à quatre mois.

(*Dental Cosmos*, juillet 1914, p. 833.)

RUSSEL. W. BUNTING. — ***Le sulfocyanate de potassium dans la salive.***

(*Travail fait sous les auspices de la commission de recherches de l'Association dentaire nationale des Etats-Unis.*)

L'influence du sulfocyanate de potassium sur l'étiologie de la carie après avoir été la question de premier plan des réunions et congrès est maintenant entrée dans l'ombre.

Dans la recherche des facteurs déterminant la carie une des réactions les plus attachantes est celle du chlorure de fer sur la salive. La couleur du mélange varie du jaune paille clair jusqu'au rouge sang.

Il est admis que cette réaction indique la présence d'une quantité variable de sulfocyanate en combinaison avec quelque base, telle que le potassium, le sodium ou l'ammonium ; on parle habituellement du sulfocyanate de potassium.

Le Dr Michaël, de Paris, a le premier attiré l'attention sur la présence de sulfocyanate de potassium dans la salive et sur son action au point de vue de la carie.

D'autres auteurs ont remarqué la présence de ce corps dans la bouche d'individus indemnes de caries, alors que les individus à dents cariées n'en montraient que peu ou pas.

De là est venue l'idée de faire absorber aux gens à denture fragile du sulfocyanate de potassium jusqu'à ce qu'il apparaisse dans la sécrétion salivaire.

L'expérience a fait considérablement baisser les premiers enthousiasmes ; des investigations scientifiques ont décidément ruiné cette conception.

Lorsque nous employons le chlorure de fer avec l'urine et que nous obtenons une coloration rouge, nous admettons que nous sommes en présence d'acide acéto-acétique. Comment admettons-nous d'autres conclusions pour la salive ? Sommes-nous certains d'avoir affaire au sulfocyanate de potassium quand nous obtenons une coloration rouge ?

L'auteur propose la réaction suivante pour isoler le sulfocyanate de potassium :

Faire évaporer à sec 5cm³ de salive dans un petit cristallisoir, ajouter une ou deux gouttes d'eau et une ou deux gouttes de Fecl³, mêler pour faire une pâte épaisse. Ensuite verser 5cm³ d'éther en brassant la pâte. L'éther se colore en rouge si la salive contient du sulfocyanate de potassium. L'emploi de l'éther offre les avantages suivants :

1° La réaction est beaucoup plus colorée à concentration égale.

2° L'éther élimine les substances se trouvant dans la salive qui pourraient prêter à confusion et qui ne sont pas solubles dans l'éther et l'alcool.

Relativement à l'influence du sulfocyanate de potassium sur les caries, sur deux cents salives examinées l'auteur a trouvé du sulfocyanate aussi bien chez des gens indemnes de carie que chez des gens atteints de nombreuses caries ; de même l'absence de sulfocyanate se rencontre dans les deux classes. Finalement il considère le sulfocyanate de potassium comme l'indice de l'élimination par la salive des protéines. Il ne lui paraît pas que ce corps ait une influence sur l'économie de la bouche. (*Dental Cosmos*, juillet 1914.)

Ch. R. Turner. — ***Rétention d'un dentier complet du haut. Etude critique.***

Dans un travail sur ce sujet l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Le dentier doit être soustrait autant que possible à tout mouvement provoqué par les tissus mous.

L'engrènement des dents doit contribuer à la rétention aussi bien qu'à l'activité fonctionnelle de l'appareil. L'adhérence est la principale force physique utilisée, et dans les dentiers complets du haut elle doit être employée avec son maximum de possibilité. La meilleure adhérence est obtenue grace à une modification judicieuse du modèle coulé dans une empreinte au plâtre.

La chambre du vide ne doit jamais constituer à elle seule la rétention, elle doit même rarement être employée.

Les bords de l'appareil et les papilles aident le patient à maintenir en place son dentier.

Le patient doit être instruit et éduqué sur la façon dont il doit contribuer au fonctionnement satisfaisant de son appareil.

(*Dental Cosmos*, août 1914.)

Milo Hellman. — ***Etude de quelques facteurs étiologiques de la malocclusion.***

Dans un travail sur ce sujet l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Le problème de la malocclusion a été approché avec un degré limité de rigueur scientifique.

2° Comme les causes de la malocclusion, d'après Angle, « doivent être étudiées sur les bases de la croissance normale », il est important de diriger nos efforts vers une meilleure compréhension des lois régissant non seulement le développement après la naissance, mais aussi la physiologie et la pathologie pendant la gestation.

Ces lois régissent tous les processus normaux et morbides qui agissent sur l'organisme avant la naissance.

3° Bien qu'une maladie ou la perversion d'une forme normale représentent la résultante d'une complexité de symptômes, il est possible d'en saisir au passage un stade de l'évolution. Le diagnostic, toutefois, dépend de notre degré de connaissances.

4° Afin d'accroître notre somme de connaissances, nous devons atteindre une maîtrise absolue dans l'étude des facteurs qui entrent dans la composition de systèmes complexes.

5° Afin d'acquérir cette connaissance une procédure uniforme doit être adoptée qui permettra de commencer un courant commun de recherches en coopération.

Il sera collecté tels renseignements et observations qu'il sera nécessaire pour la solution du problème posé ci-dessus.

(*Dental Cosmos*, septembre 1914.)

C. N. Johnson. — *Du choix des matières obturatrices pour les différentes classes de cavités.*

Cavités des surfaces proximales des incisives et canines. — La préférence doit être donnée à l'or sous forme d'aurifications ou d'inlays lorsque le bord triturant a disparu.

Des considérations esthétiques commandent l'emploi d'inlays de porcelaine ou de ciment au silicate. Dans ces cas les petites cavités seront de préférence obturées au ciment, les autres à la porcelaine.

Dans certains cas l'inlay d'or peut être combiné au ciment de silicate, l'or supportant la pression, le silicate produisant l'effet esthétique.

Il est nécessaire de chercher une nouvelle matière obturatrice pour les dents antérieures.

Cavités siégeant au 1/3 gingival de la face labiale des incisives et canines. — Donner la préférence à l'or, aurification ou inlay. Chaque fois qu'il est possible préférer l'aurification. D'une façon générale plus petite est la cavité, plus grande est l'indication de l'aurification et vice versa.

Cavités s'étendant au bord triturant des incisives et canines. — De préférence obturation or-platine, secondairement inlay de porcelaine.

Cavités s'étendant aux faces proximales et triturantes des prémolaires et molaires. — L'inlay est imposé de plus en plus par le patient lui-même, qui ne consent plus à supporter le travail pénible de l'aurification. La possibilité de restaurer le point de contact est entière avec l'inlay.

L'amalgame, lui aussi, cède le pas à l'inlay.

Cavités triturantes des prémolaires et molaires. — Dans les petites cavités l'aurification s'impose soit or mou, soit or adhésif.

Chez les jeunes patients aurification combinée avec l'étain.

Cavités au 1/3 gingival des faces vestibulaires ou linguales des prémolaires et molaires. — Dans ces cas l'emploi judicieux de l'inlay d'or ou d'amalgame est tout indiqué.

Petites cavités à la face linguale des incisives et au 1/3 supérieur des surfaces vestibulaires des molaires. — Dans ces cas l'aurification s'impose sans contestation possible.

(*Dental Cosmos*, octobre 1914.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

CONDITIONS D'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE DANS LA REGENCE DE TUNIS

(Note communiquée par la Faculté de médecine de Paris.)

L'exercice de l'art dentaire est réglementé par le décret du 1er mars 1899.

Actuellement, nul ne peut exercer la profession de dentiste en Tunisie, s'il n'est muni d'un diplôme lui donnant droit à l'exercice de cette profession dans le pays où il lui a été délivré ou s'il n'est autorisé à exercer la médecine.

Les personnes non munies d'un diplôme qui exerçaient avant la promulgation dudit décret ont été autorisées à continuer cet exercice par tolérance.

Actuellement, il n'y a en Tunisie que 4 dentistes diplômés et 22 dentistes tolérés.

Le nombre des dentistes tolérés diminuera nécessairement de jour en jour.

Il est certain que Tunis et les villes de Tunisie fourniraient de très belles situations aux chirurgiens-dentistes.

Il est juste de faire connaître que la crise du logement existe à Tunis comme dans toute l'Europe.

CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE COMPLÉTANT LE DÉCRET DU 13 FÉVRIER 1920 RELATIF AUX EXAMENS DE CHIRURGIEN-DENTISTE

ACADÉMIE
DE PARIS
—

Paris, le 31 mai 1920.

Le Recteur de l'Académie de Paris.
à Monsieur le Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.

Je reçois de M. le ministre la circulaire suivante en date du 29 mai :

« Plusieurs questions m'ont été posées au sujet de l'application du décret du 13 février 1920, qui modifie les articles 8 et 11 du décret du 11 janvier 1909 concernant les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

Ces questions doivent recevoir les solutions suivantes :

1° Le décret du 11 janvier 1909 accordait aux candidats au 3e examen le bénéfice de l'épreuve subie avec succès. Le décret du 13 février 1920 a-t-il pour effet d'abroger ces dispositions ?

Réponse. — Le décret du 13 février 1920 n'a modifié que les §§ 6 et 7 du décret de 1909. Par conséquent, les prescriptions du § 8 restent en vigueur et, en cas d'échec partiel, le bénéfice des épreuves subies avec succès reste acquis au candidat.

2° Les dispositions du nouveau décret doivent-elles entraîner une modification des droits afférents au 3e examen ?

Réponse. — Aucune modification ne sera apportée aux tarifs fixés par le décret du 4 novembre 1909. L'épreuve A correspond à la 1re partie de l'ancien examen ; les épreuves B et C aux deux épreuves pratiques de la 2e partie. Les candidats devront consigner, comme par le passé, deux droits d'examen de 30 francs, deux droits de certificats d'aptitude à 20 francs et un droit de diplôme à 100 francs.

3° Les dispositions du décret du 13 février 1920 sont-elles, dès cette année, applicables aux démobilisés des classes 1917 et antérieures ?

Réponse. — Une circulaire du 29 avril dernier stipule que, en ce qui concerne cette catégorie d'étudiants, il ne sera fait application du nouveau décret qu'à dater de la session de juillet 1921. Cette circulaire vise aussi bien les dispositions de l'art. 1er du décret du 13 février 1920, relatives à l'examen de validation de stage, que celles de l'art. 2 concernant le 3e examen de fin d'année.

Toutefois, un certain nombre d'étudiants démobilisés, ayant préparé le 3e examen d'après le nouveau programme, ont demandé à ne pas bénéficier de ma décision du 29 avril ; il devra naturellement être donné satisfaction à ce désir.

Je vous prie de porter ces dispositions à la connaissance des intéressés.

Signé : APPELL.

CONGRÈS DE STRASBOURG

(26-31 *juillet* 1920.)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

Section d'odontologie

Liste des communications annoncées.

1° Appareil porte-radium universel pour traitement des tumeurs bucco-pharyngées. — *Dr Pont.*

2° Un nouveau moyen d'étude ante-opératoire pour la plastique de la face. — *Dr Pont.*

3° L'emploi des couronnes-crochets en prothèse et en travaux à pont (communication et démonstration). — *M. Henri Villain.*

4° Occlusion et articulation. — *M. G. Villain.*

5° Technique de la prise d'occlusion et d'articulation. — *M. G. Villain.*

6° L'angle facial comme moyen de diagnostic en orthopédie dento-maxillo-faciale. — *M. Georges Villain.*

7° Note sur l'hygiène dentaire scolaire. — *M. Blatter.*

8° Le traitement des dents infectées. — *Dr Maurice Roy.*

9° L'arc lingual de Mershon dans les redressements. — *Dr James Quintero.*

10° Technique opératoire des moteurs à grande vitesse, ou embrayage par électro-aimant dans les moteurs dentaires (démonstration). — *M. Huet.*

11° Enseignement de l'orthopédie dento-faciale dans le programme des Ecoles dentaires. — *M. P. Martinier.*

12° La conception de la prothèse moderne. — *M. Touvet-Fanton.*

13° Parallèle entre le traitement des dents infectées par le formothymol et la méthode américaine par dépôt d'argent métallique. — *M. V. E. Miégeville.*

14° La cellulose arsenicale comme dévitalisateur pulpaire. — *M. V. E. Miégeville.*

15° Emploi des dents à crampons dans les appareils en or et dans les bridges. — *M. Brodhurst.*

16° Du rôle de la langue dans certaines malpositions dentaires et déformations alvéolaires — *Dr Frey.*

17° Tableau didactique de la calcification et de l'éruption de toutes les dents de lait et permanentes et de la chute des dents de lait. — *Dr Frey.*

18° Nouvel appareil pour l'anesthésie locale (démonstration). — *M. Fabret.*

19° Traitement de quelques cas d'atrésie du maxillaire par la méthode de l'arc lingual. — *Dr De Névrézé.*

20° Traitement des dents par la méthode électrolityque. — *M. Ch. Guebel.*

21° Démonstrations pratiques à l'aide d'un appareil d'ionisation. — *M. Ch. Guebel.*

Nota. — Les résumés de communications remis pour l'impression ne doivent pas dépasser 5 pages.



Avis.

L'A. F. A. S. fait actuellement des démarches auprès des Compagnies de chemin de fer et espère pouvoir obtenir la réduction habituelle de 50 0/0.



Projet de séjour, basé sur 6 jours présenté par Les Grands Voyages, Paris, succursale 1, rue du 22-Novembre, Strasbourg.

26 juillet. Arrivée à Strasbourg. Petit déjeuner. Déjeuner. Dîner. Coucher.

27, 28, 29, 30 juillet. Petit déjeuner. Déjeuner. Dîner. Coucher.

31 juillet. Petit déjeuner. Déjeuner. Dîner.

Prix : 280 francs. (Pourboires compris).

La section d'Odontologie de Strasbourg offre aux congressistes une promenade en bateau (Excursion n° 1 : Strasbourg, le Port, ses environs).

Renseignements généraux.

Les personnes ayant souscrit à l'organisation de leur séjour par les Grands Voyages recevront en échange de la somme indiquée ci-dessus un carnet contenant :

1° Les bons d'hôtel et de repas.

2° Le bon pour le voyage en bateau qu'ils pourront effectuer le jour à leur convenance.

Ces bons serviront pour règlement, etc., etc...

Projets d'excursions.

1° Strasbourg et ses environs.

Durée : une matinée ou une après-midi.

Promenade en bateau. Départ : quai St-Jean. Visite de Strasbourg en bateau sur les canaux et sur l'Ill. Le port, les environs jusqu'au Rhin.

Prix : 10 francs par personne.

2° Strasbourg à Sainte-Odile.

Durée : une journée. Départ vers 9 h. Retour vers 20 h.

Voyage en chemin de fer de Strasbourg à Barr (Prix aller et retour : 4 fr. 50).

Déjeuner à Barr. En auto : Barr, Ste-Odile, le Hohwald, Andlau, Barr.

Prix 40 fr. par personne, (y compris déjeuner à Barr, auto et pourboires. Minimum 4 personnes par auto, 40 km. environ).

3° La même que la précédente, mais sans aller au Hohwald, ni à Andlau (Barr, Ste-Odile et retour, 24 km. environ).

Prix : 30 fr. par personne.

4° Strasbourg le Hohbarr.

Durée : une journée. Départ vers 8 h. Retour vers 19 h.

Voyage en chemin de fer de Strasbourg à Saverne. (Prix aller et retour : 12 fr. 50).

Visite de Saverne. Déjeuner. Départ en auto pour le Hohbarr. Retour.

Prix : 25 fr. par personne (y compris déjeuner, auto et pourb.).

5° Strasbourg, le Hohkœnigsbourg.

Durée : une journée. Départ vers 9 h. Retour vers 19 h. 30.

Voyage en chemin de fer de Strasbourg à Schlestadt (Sélestat). (Prix aller et retour : 12 fr. 50.

Visite de la ville. Déjeuner. Départ en auto pour Kinzheim et le Hohkœnigsbourg. Retour.

Prix : 30 fr. par personne (y compris déjeuner, auto et pourboires).

Le prix du chemin de fer est indiqué en 2e classe.

Les autos doivent être complétées à 4 personnes.

BIBLIOGRAPHIE

Transactions of the 6 th international dental congress

La publication des *Comptes rendus du 6e congrès dentaire international* tenu à Londres du 4 au 8 août 1914 a été longuement retardée, comme le dit la préface, par la même cause malheureuse qui avait brusquement mis fin au congrès lui-même. En raison de la guerre de nombreux congressistes, notamment les Français, n'ont pu prendre part aux travaux, de sorte que le nombre des communications présentées s'en est ressenti.

Néanmoins, après de nombreuses difficultés de tout genre, le secrétaire général, M. H. R. F. Brooks, est parvenu à mettre au jour un volume de 753 pages parfaitement présenté et édité, qui nous est parvenu récemment.

Après une préface en trois langues (anglais, allemand, français), ce volume contient le Bureau, le Comité d'organisation, le Comité exécutif, la Commission des finances, les délégués des Gouvernements et des Sociétés dentaires, les Commissions et les Comités nationaux, la liste des membres, celle des visiteurs, le Règlement (en trois langues), la liste des dix sections avec le Bureau de chacune d'elles. Viennent ensuite la séance d'ouverture, l'assemblée générale, la séance de clôture et les réceptions.

Cette assemblée générale devait comprendre trois mémoires scientifiques, l'un de M. Maurice Roy. La pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire, « d'après les données cliniques » qui n'a pu être lu en l'absence de son auteur, mais qui est contenu (en français) dans les comptes rendus (Section III) et qui a d'ailleurs été reproduit dans *L'Odontologie* d'avril, mai et juin 1919 ; le second du prof. Walkhoff, de Munich, « Les mâchoires et les dents de l'homme préhistorique et leur importance dans l'évolution humaine », qui se trouve dans le même cas. Le 3e, d'Edward C. Kirk « Les tendances en enseignement dentaire », a seul été présenté.

Les communications faites dans les sections avec les discussions auxquelles elles ont donné lieu leur succèdent dans l'ordre suivant :

Section I. — Anatomie dentaire, histologie et physiologie.

1° Rapport sur l'évolution de la denture humaine, par John Humphreys (Birmingham)

2° Rapport sur la calcification, par Alfred R. Starr (New-York).

3° Rapport sur la chimie et la physiologie de la salive, par Edward C. Kirk (Philadelphie).

4° La coloration des tissus dentaires et des tissus adjacents de rongeurs par le bleu de *Trypan* introduit dans le corps de l'animal pendant sa vie par A. W. Wellings (Birmingham).

5° Les dents des négritos par Louis Ottofy (Manille).

6° Observations sur les dents du nègre américain, par Charles H. Roberts (New-York).

7° L'importance d'une *théorie du maximum de sectionnement* sur le mécanisme de la mastication chez l'homme, par D. M. Shaw (Birmingham).

8° Contribution à l'étude des dents des aborigènes australiens et tasmaniens, par Brooke-Nicholls (Melbourne).

9° Recherches expérimentales sur la morphologie physiologique des petites incisives supéro-postérieures des lapins par Angelo Chiavaro (Rome).

10° La fréquence des pointes (*cusps*) surnuméraires sur les molaires temporaires, par le même.

Section II. — Pathologie dentaire et bactériologie.

1° Rapport sur la pathologie et l'étiologie de la pyorrhée alvéolaire, par Percy Howe (Boston).

2° L'étiologie de la carie dentaire, par H. P. Pickerill (Otago, Nouvelle Zélande).

3° Rapport sur la nomenclature des odontomes de la British Dental Association, par Lewin Payne, Douglas Gabell et W. Warwick James.

4° Rapport sur l'étiologie du sinus maxillaire par H. Cryer (Philadelphie).

5° Rapport sur l'étiologie du sinus maxillaire, par C. H. Oakman (Detroit).

6° Rapport sur la pathologie de la pulpe dentaire, par Russell W. Bunting (Ann Harbor).

7° La pathologie influencée par l'étude de la malocclusion des dents, par Henry C. Ferris (New-York).

8° Cas de pigmentation dentaire héréditaire, par Edgar H. Bampton (Birmingham).

9° Un odontocèle extra-capsulaire, par Alan Forty et Hopewell-Smith (Philadelphie).

10° L'agar comme moyen d'inclusion pour les recherches en chambre obscure (en allemand), par Shmamine (Tokyo).

11° L'étiologie de la carie dentaire, par Eckermann (Malmö).

12° Le métabolisme du calcium et la carie dentaire, par Broderick (Bournemouth).

Section III. — Chirurgie dentaire et thérapeutique.

1° Rapport sur les effets généraux sur l'organisme qui peuvent être attribués aux toxémies d'origine dentaire, par Rickmans Godlee.

2° Rapport sur la prophylaxie de la septicémie buccale, par William Hern (Londres),

3° Rapport de M. M. Roy sur la pathogénie et la prophylaxie de la pyorrhée alvéolaire.

4° Rapport sur les maladies inflammatoires du bord gingival et de la membrane du périodonte (pyorrhée alvéolaire), par Sydney Smith (Palo Alto).

5° Rapport sur les tissus inflammatoires du bord gingival et de la membrane du périodonte (traitement par la médication iodée), par Ernest Sturridge (New-York).

6° Thérapeutique scientifique de la pulpe et du canal radiculaire, par L. Rhein (Philadelphie).

7° Rapport sur les principes de la préparation de la cavité, par P. Bennette (Birkenhead).

8° Rapport sur l'obturation des dents avec des inlays d'or coulés, par R. Ottolengui (New-York).

9° Rapport sur une comparaison des inlays et des obturations, par Bödecker (Berlin).

10° Rapport sur le lutage au ciment dans le travail de l'inlay, par J. Parfitt (Reading).

11° Rapport sur l'inlay de porcelaine en Europe, par N. S. Jenkins (de Dresde).

12° La réimplantation dans des cas graves de pyorrhée alvéolaire, par Sten Hager (Stockholm).

13° Mesure du rendement des instruments rotatifs en dentisterie, par Emile Huet (Bruxelles) (en français).

14° Le traitement des cavités sensibles, par Every Brown (Dundee).

Section IV. — Physique, chimie, radiographie et métallurgie dentaire.

1° Rapport sur les emplois et avantages des rayons X comme adjuvants du diagnostic, par C. A. Clark (Londres).

2° Rapport sur les emplois et avantages des rayons X comme adjuvants du diagnostic, la différenciation de l'aspect radiographique des tissus normaux et anormaux, par Howard R. Raper (Indianopolis).

3° Rapport sur la théorie du moulage par pression, par Markham (Newcastle-on-Tyne).

4° Rapport sur les changements de structure et autres se produisant dans les métaux employés dans la bouche, par Bruce Hepburn (Glasgow).

5° Même sujet, par Gustave Hedstrom (Stockholm).

6° Rapport sur la composition chimique et les propriétés physico-chimiques des amalgames dentaires, par W. Mac Bain et A. Knight (Bristol).

7° Observations radiographiques sur des abcès, kystes et résections apicales, par G. Achner (Londres).

8° Durcissement des métaux et alliages, par Martin Lowry (Londres).

Section V. — Prothèse dentaire.

1° Rapport sur l'articulation et les articulateurs, par Douglas Gabell (Londres).

2° Rapport sur la pratique du coulage sous pression, par J. Grieves (Baltimore).

3° La construction et la rétention des dentiers partiels, par Douglas Gabell (Londres).

4° La porcelaine, par le même auteur.

5° Les faces de gencive continue détachables, par E. Fogg (Newcastle-on-Tyne).

Section VI. — Orthodontie.

1° Rapport sur l'unification de la terminologie et des classifications des déviations dento-maxillo-faciales, par G. Villain (Paris), (en français).

2° Rapport sur le problème de la rétention en vue de la permanence du résultat et du minimum de danger, par G. Northcroft (Londres).

3° Rapport sur les avantages des appareils fixes sur les appareils amovibles, par A. Pullen (Buffalo).

4° Rapport sur les avantages des appareils amovibles sur les appareils fixes, par H. Jackson (New-York).

5° Une bague Jackson modifiée, par Visick (Eastbourne).

6° Nouveau procédé de correction du prognathisme et de l'antéversion des dents sans appareil extérieur, par V. Guerini (Naples).

7° Critique de la nouvelle école d'Orthodontie, par W. Rushton (Londres).

8° Redressement des dents, par V. Denne (Londres).

Section VII. — Chirurgie buccale et prothèse chirurgicale.

1° Rapport sur la prothèse chirurgicale des mâchoires, par Watson Turner (Londres).

2° Rapport sur les derniers résultats de l'opération des fissures de la voûte palatine, par Truman Brophy (Chicago).

3° Rapport sur les résultats du traitement opératoire des fissures de la voûte palatine, par H. Blakeway (Londres).

4° Rapport sur le traitement des kystes dentaires et dentigères, par H. Gibbs (Edimbourg).

5° Rapport sur la thérapeutique des kystes dentaires radiculaires et des kystes dentaires folliculaires, par R. Weiser (Vienne) [en allemand].

6° Rapport sur les kystes d'origine dentaire, par L. Widman (Stockholm) [en allemand].

7° Anatomie et physiologie des fissures de la voûte palatine et nouvelle méthode de traitement, par H. Pickerill (Otago).

8° Les causes prédisposantes des fissures de la voûte palatine et du bec-de-lièvre, par A. Strauss (Milwaukee).

9° Observations cliniques sur la régénération de la mandibule après carie et nécrose, par H. Cryer (Philadelphie).

10° Pathologie et traitement des suppurations du sinus maxillaire, par E. D. Davis (Londres).

11° La septicémie dentaire comme cause prédisposante du cancer, par Steadman (Brixton).

12° Méthode chirurgicale pour arrêter l'hémorragie consécutive à l'extraction, par M. Weinberg (Odessa) [en allemand].

Section VII. — Anesthésie générale et locale.

1° Rapport sur le protoxyde d'azote et l'oxygène seuls ou mélangés, pour les opérations dentaires, par W. Guy (Edimbourg).

2° Rapport sur le protoxyde d'azote et l'oxygène seuls ou mélangés, pour l'extraction, par K. Teter (Tleveland).

3° Analgésie au protoxyde d'azote et à l'oxygène pour les opérations conservatrices, par B. Hartzell (Minneapolis).

4° Rapport sur l'anesthésie locale en chirurgie dentaire, par Guido Fischer (Marbourg) [en allemand].

5° Rapport sur l'anesthésie locale, par W. Pare (Londres).

6° Mesures propres à protéger le public contre les accidents anesthésiques, par Stuart Ross (Edimbourg).

7° Anesthésiques et dentistes et les premiers cas de l'emploi de l'éther en Grande Bretagne, par A. Hunt (Yeovil).

8° Expériences avec l'anesthésie au protoxyde d'azote prolongée, par Max Melchior (Copenhague).

9° Perfectionnements en anesthésie locale par la novocaïne suprarénine, par H. Rietmuller (Philadelphie):

10° Anesthésie par injection (intra-alvéolaire) dans le traitement conservateur, par H. Parrott (Birmingham).

Section IX.— Hygiène dentaire scolaire et services dentaires publics.

1° Rapport sur les résultats pratiques de l'hygiène dentaire scolaire pour l'amélioration de la santé publique, par E. Jessen (Strasbourg) [en allemand].

2° Rapport sur les effets du traitement dentaire sur la santé publique et le physique, par L. Wheeler (New-York).

3° Même sujet par Denison Pedley et W. Fisk (Londres).

4° Rapport sur les services dentaires publics, par Walter Harrison (Brighton).

5° Rapports sur les effets du traitement dentaire sur le développement physique et la santé nationale, par R. Lemière (Paris) [en français].

6° Rapport sur les mesures propres à réduire la survenance des maladies des dents de 6 à 12 ans, par H. Potter (Boston).

7° Rapport sur la prophylaxie aux différents âges, par Sim Wallace (Londres).

8° Même sujet, par R. Melendy (Knoxville).

9° Même sujet, par Albin Lenhardtson (Stockholm).

10°.Rapport sur l'inspection dentaire dans les écoles du conseil de comté de Londres, par Edwar Wallis (Londres).

11° Rapport sur le traitement dentaire dans une école publique anglaise, par A. Dinnis (Hoddesdon).

12° L'hygiène dentaire publique en Norvège, par John Nilsen.

13° Le service dentaire dans la Marine britannique, par E Fletecher (Devonport).

14° Projet de service dentaire dans l'armée, à l'intérieur, par F. Byrne (Londres).

15° La dentisterie dans l'armée britannique, par M. Wormal (Brigthon).

16° Le traitement dentaire des personnes assurées par les organisations allemandes contre la maladie, par Mlle Urmsen.

17° La dentisterie dans l'industrie organisée et appliquée pendant 7 ans dans une grande fabrique par C. Storey et Shireff Findley (Hull).

18° Cliniques industrielles, par F. Blight (Liverpool).

19° L'hygiène buccale et le service dentaire public aux Philippines, par L. Ottofy (Manille).

20° Moyens employés pour donner l'enseignement public de l'hygiène dentaire par le Service de santé de l'Etat de New-York, par A. White (New-York).

Section X. — Enseignement dentaire.

1° Rapport sur l'enseignement de la bactériologie aux étudiants en dentisterie, par J. Howard Mummery (Northolt).

2° Exposé pratique de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie aux étudiants en dentisterie, par Ch. Godon (Paris) [en français].

3° Les principes essentiels de l'enseignement pratique, par Th. Gaddes (Denver).

4° Méthodes d'enseignement de l'orthodontie aux étudiants en dentisterie, par H. Guilford (Philadelphie).

5° Rapport sur les méthodes de l'enseignement de l'orthodontie aux étudiants en dentisterie, par P. Martinier et G. Villain (Paris) [en français].

6° L'enseignement médical et chirurgical aux étudiants en dentisterie, par Douglas-Crawford (Liverpool).

7° L'enseignement dentaire en Suède, par Uno Hylin [en allemand].

8° L'état actuel de la dentisterie aux Philippines, par Louis Ottofy (Manille).

9° Les tendances en enseignement dentaire, par C. Kirk (Philadelphie).

Le volume donne ensuite un résumé très court de quelques-unes des 49 démonstrations pratiques qui ont pu être faites et le titre seul de 20 autres qui n'ont pas été faites, et dont il n'a été envoyé aucun résumé à cause de la déclaration de guerre.

Un très grand nombre de figures, et quelques planches en couleur illustrent ces comptes rendus, qui contiennent des travaux de grande valeur, méritant de retenir l'attention des praticiens qui s'intéressent au progrès et qui suivent habituellement les congrès.

Toutes les communications ont été imprimées dans la langue où elles ont été faites, c'est-à-dire pour la plupart en anglais ; la nomenclature qui précède indique celles qui ont été présentées dans une autre langue. Quant aux résumés des démonstrations, ils sont tous en anglais.

Il faut savoir gré au secrétaire général du Congrès d'avoir réussi à mener à bien la tâche ardue qu'il avait entreprise en donnant le jour à ces comptes rendus, qu'on est heureux de posséder enfin après une si longue attente.

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques Filderman
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite.)

Depuis notre départ de Germonville, il y a quarante-deux jours, nous avons changé de place vingt et une fois et nous avons fait environ cent cinquante kilomètres. Pendant ces pénibles déplacements, il nous a été impossible de nous nettoyer et de changer de linge et nous arrivons au repos recouverts de saleté et remplis de poux.

Le régiment est installé dans une caserne et l'infirmerie occupe tout un bâtiment

Le cabinet dentaire est confortablement organisé dans une vaste pièce carrelée, bien éclairée, où il y a même un lavabo.

Les malades commencent à venir dès le lendemain de notre arrivée et les soins dentaires n'arrêtent plus du matin au soir. Mon travail se trouve agrémenté du fait que je viens de recevoir toute une série d'instruments qui complète mon installation.

Le séjour à Mourmelon, rempli de boue, n'est pas très agréable. Le village est passablement endommagé et n'est habité que par peu de civils. Notre repos ne dure, d'ailleurs, que six jours et, le 27 octobre, quinze jours avant la signature de l'armistice, nous retournons au feu, pour participer à une grande attaque. Cette fois encore, je fais fonction d'adjudant brancardier.

***

La musique jouant des refrains guerriers, le drapeau déployé, nous traversons au pas cadencé Mourmelon-le-Grand et nous pénétrons à nouveau dans la zone dévastée, remplie de boue.

Nous cantonnons une nuit à *Saint-Souplet* où nous couchons dans un abri boche sur des treillages en fil de fer, sans paillasse. De là, nous allons à *Saint-Etienne-à-Arnes*, où nous passons une nuit et nous repartons le soir pour *Tourcelles* qui reçoit déjà des coups de canon.

C'est le 31 octobre et le soir nous devons monter en ligne.

Le cycliste qui a été reconnaître le poste de secours, me dit que le secteur est des plus mauvais, que la relève sera meurtrière et que si nous en sortons nous serons des privilégiés. Je suis impressionné par ce qu'il me dit, car je sais qu'il n'a pas l'habitude d'exagérer, et, pour éviter une mésaventure comme celle de Pourcy, je le prie de me faire un croquis du chemin que nous aurons à suivre et de l'emplacement de notre poste.

Le soir vient. Nous suivons avec les brancards roulants la compagnie hors-rang qui elle-même suit les bataillons. On entend, au loin, la canonnade qui semble intense.

Peu à peu le bruit des explosions se rapproche.

Tout en marchant, je songe que ce feu meurtrier, qui pour le moment ne nous parvient que de loin, nous est destiné !

Bientôt, c'est nous qui recevrons les obus qui nous semblent tomber dans un autre monde.

Jusqu'à *Grivy* notre marche se fait assez bien. Mais à partir de ce village nous sommes fréquemment arrêtés par des embouteillages, car la tête de la colonne essuie déjà le feu de l'ennemi. Des avions nous survolent et de nombreuses fusées éclairantes illuminent le ciel.

L'ennemi semble connaître notre relève, car il envoie des obus incendiaires, et un violent incendie s'allume dans une maison devant laquelle nous devons passer.

Nous attendons pendant des heures, sans pouvoir avancer, lorsqu'enfin la compagnie reprend son mouvement.

Pour diminuer les risques, nous marchons par détachements. Le personnel de l'infirmerie doit suivre le groupe des téléphonistes qui est conduit par un guide.

Nous partons et bientôt nous sortons de *Vrizy*.

L'*Aisne* que nous devons franchir est divisée ici en trois bras. Mais l'ennemi a fait sauter les trois ponts qui permettaient de la traverser et nous ne pouvons plus passer que sur des passerelles de fortune. D'autre part, pour gêner notre avance, les Allemands ont tendu des barrages (sur la rivière) et la plaine est complètement inondée. De chaque côté de la route, bouleversée par les trous d'obus et par les explosions, on ne voit plus que de l'eau à perte de vue et nous avons l'impression de nous trouver au milieu d'un véritable océan. Cela n'a rien de rassurant, d'autant qu'à peine avons-nous franchi la première passerelle qu'un violent tir de barrage se déclanche sur nous.

Les obus tombent avec précision et arrivent par cinq ou six à la fois. Les éclats pleuvent autour de nous et nous n'avons rien pour nous abriter, pas même un talus. Des hommes qui sont

pris de panique crient, d'autres se sauvent. Moi-même je ne sais pas que faire avec mes hommes et les deux brouettes, chargées de matériel.

Continuer à marcher ? Ce serait aller vers une mort certaine. Se mettre à l'abri à droite ou à gauche de la route ? Cela est impossible, car la plaine est recouverte d'eau.

Ce qui semblerait encore le plus sage, quoique peut-être peu chevaleresque, ce serait de revenir sur nos pas à Vrizy et d'attendre la fin de la tempête. C'est ce que je fais, après avoir rassemblé tous mes hommes dont quelques-uns étaient déjà disparus.

Dans le village, nous ne trouvons pas de cave et assis près de la route nous attendons la fin du bombardement. Cela dure près de deux heures pendant lesquelles je pense avec angoisse au sort qui nous attend, tout en restant préoccupé de ce qu'on doit penser de notre absence prolongée au poste de secours de *Vandy* (nord de Vouziers) où nous devons aller.

Mais le tir semble se ralentir et je crois que le moment est venu de repartir.

J'en parle au chef du détachement des téléphonistes. Il craint que la route ne soit encore embouteillée et estime peu prudent de partir. Je fais une centaine de mètres sur la route éclairée par la maison qui continue à brûler et je ne vois personne. Le moment semble propice et j'en reparle aux téléphonistes qui préfèrent rester dans l'attente.

Je pars donc sans les téléphonistes et sans guide, me fiant seulement aux indications qui m'ont été données le matin.

Il faut marcher vite, non seulement à cause du danger, mais parce qu'une colonne arrive derrière nous et il ne faudrait pas qu'elle nous dépasse. Mais la brouette passe difficilement et nous n'avançons pas vite. Déjà la colonne qui nous suivait, nous a rattrapés. Tout le monde court, on se bouscule, on tombe, on se relève et on repart en courant sans faire attention aux cadavres des camarades tués tout à l'heure que l'on foule aux pieds. Pour aller plus vite les hommes portent la brouette au lieu de la traîner et nous sommes trempés de sueur et épuisés de fatigue et d'émotion. Le bombardement a recommencé, mais les obus tombent devant ou derrière nous. Cependant nous venons de franchir la deuxième passerelle et déjà nous abordons la troisième. Pendant ces terribles minutes, je ne peux pas m'empêcher d'admirer la beauté du spectacle : les obus font explosion dans l'eau au milieu de la nuit, tandis que les fusées éclairantes, qui brillent à l'horizon, rappellent un clair de lune au bord de la mer.

Enfin, voici les maisons de *Vandy*. Déjà nous franchissons la

rue qui conduit à l'église. Encore quelques instants et nous serons sauvés.

Mais, une terrible détonation retentit. Je ne vois plus que du feu, et j'entends des cris. Un obus de 88, que nous n'avons même pas entendu venir, vient d'éclater à trois mètres environ. Il est suivi d'autres obus et au milieu de l'obscurité complète nous nous précipitons dans la cave qui sert de poste de secours et qui est remplie de monde.

On y trouve des Tchéco-Slovaques que nous relevons, le poste de secours d'un bataillon de chez nous, de nombreux blessés et même des hommes valides qui sont venus se mettre à l'abri. Notre médecin-chef n'est pas encore là.

L'obus de tout à l'heure m'a légèrement blessé à la lèvre supérieure; il a aussi touché peu grièvement deux de mes camarades. Mais il y a un quatrième blessé qui est sérieusement touché à l'abdomen.

Le médecin du bataillon, nous voyant, rejoint son poste avec tout son personnel et nous restons seuls.

En attendant l'arrivée du médecin-chef, nous déchargeons le matériel, nous quittons nos équipements et nous commençons à nous occuper des blessés.

L'homme atteint par l'obus qui a salué notre arrivée semble souffrir terriblement et, à plusieurs reprises, me demande de l'achever à coups de revolver. J'essaye de le calmer en lui faisant une piqûre.

Le poste de secours est maintenant rempli de blessés et je ne sais que faire pour le dégager. Le médecin-chef n'est toujours pas arrivé et je commence à m'inquiéter. Je demande au cycliste d'aller au P. C. du Colonel pour tâcher d'avoir des renseignements. Mais il ne revient pas et maintenant je regrette de l'avoir fait exposer.

Pendant plus d'une heure, je demeure ainsi dans le doute et dans l'inquiétude, lorsque j'entends la voix du cycliste qui était resté au poste du Colonel, à cause du bombardement. Il m'annonce l'arrivée du médecin-chef qui le suit d'ailleurs et qui descend dans la cave au moment précis où la victime du bombardement de tout à l'heure rend son dernier soupir. C'est une émotion de plus à côté de toutes les autres de cette mémorable soirée. Je fais son inventaire et des brancardiers sortent le cadavre.

On commence à évacuer les blessés les plus graves, mais, toute la nuit il en vient d'autres, et nous avons à faire un très grand nombre de pansements. Cependant, vers le matin, une légère accalmie se produit et nous pouvons prendre un peu de repos.

Le lendemain 1er novembre à 6 heures du matin, le régiment attaque.

Le duel d'artillerie est violent quoique nos canons dominent nettement. Les parages du poste de secours sont copieusement arrosés d'obus qui tombent tout autour de la maison et l'un d'eux éclate devant l'entrée même de la cave. Nous recevons beaucoup d'obus toxiques. A un moment donné, un brancardier musicien se met à crier qu'il étouffe et appelle au secours. Muni de mon masque, je me précipite vers lui et je vois qu'il ne porte pas le sien. J'essaye de le lui appliquer, mais il ne se laisse pas faire, en disant que cela l'asphyxie et qu'il a besoin d'air. Je me débats avec lui pour arriver à lui appliquer l'engin protecteur et je n'y parviens qu'avec beaucoup de difficulté grâce à l'aide de deux hommes.

Mais, brusquement, moi-même, je suis saisi d'une angoisse pénible. J'éprouve un malaise comme si l'on me serrait brutalement la gorge et j'ai un mal indescriptible à respirer. J'ai la bouche et la gorge sèches, tandis que mes narines coulent abondamment. Ne pouvant plus résister je sors de la cave, malgré le bombardement et je retire mon masque pour essayer de respirer plus librement. Je commets une folie, car si les gaz envoyés contiennent de l'hypérite, je suis perdu. Mais heureusement les gaz que nous recevons ne sont pas dangereux et mon malaise passe au bout d'un quart d'heure.

Je recommence à faire des pansements, car les blessés arrivent de plus en plus nombreux, les Boches réagissant désespérément contre notre attaque.

Cependant, les prisonniers commencent à affluer et on nous en détache un certain nombre pour le transport des blessés, nos brancardiers ne suffisant plus, tellement le nombre des blessés graves est élevé.

On apporte un blessé mourant qui a la carotide tranchée et qui expire dans nos bras. Je fais son inventaire ainsi que celui d'un artilleur qui meurt en arrivant, tandis qu'une besogne encore plus pénible m'attend. J'ai à établir l'identité du cadavre d'un jeune lieutenant, qui vient d'être apporté. Je le connaissais particulièrement pour lui avoir mis en état toute la bouche, et je n'ai même pas le courage de regarder sa figure exsangue. Cela me fait trop de peine de le savoir tué maintenant que la guerre touche à sa fin.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

Emile Schwartz.

Nous avons le très vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 73 ans, de notre excellent confrère, M. Emile Schwartz, de Nîmes. C'était un des vétérans de la profession. Fils de dentiste, il était né à Colmar en 1847. Il étudia chez Bing, à Paris, puis entra chez Ninck (à Nice), dont il épousa la fille. C'est Ninck qui, avec son beau-frère Winderling, prit le premier brevet pour l'application du caoutchouc durci en prothèse dentaire, invention qui révolutionna l'art dentaire et qui a rendu les services qu'on connaît.

Emile Schwartz alla s'établir à Nîmes en 1869. Quand la guerre de 1870 éclata, il partit comme garde mobile du Haut-Rhin et prit part à la défense de Neuf-Brisach.

Revenu à Nîmes après avoir opté pour la France, il fut nommé dentiste des hôpitaux, puis du Lycée, ainsi que de la plupart des établissements de bienfaisance, auxquels il donna des soins désintéressés pendant près de 50 ans.

Il avait été un des souscripteurs pour la fondation de l'Ecole dentaire de Paris et était membre de l' A. G. S. D. F. A 39 ans, il vint compléter ses études et passer les examens à l'Ecole dentaire de Paris et en obtenir le diplôme (1885). Aussitôt la promulgation de la loi du 30 novembre 1892, il obtint également le diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

Convaincu des heureux effets que l'hygiène dentaire peut avoir sur la santé publique, il fit dans les lycées, collèges, écoles normales, universités populaires, etc., des conférences pour la vulgariser.

Un des fondateurs de l'Association syndicale des dentistes du Sud-Est, il en fut nommé président.

Il avait pris part au 1er Congrès dentaire international de Paris (1889), fut vice-président du Comité d'organisation du 3e Congrès dentaire international (Paris 1900).

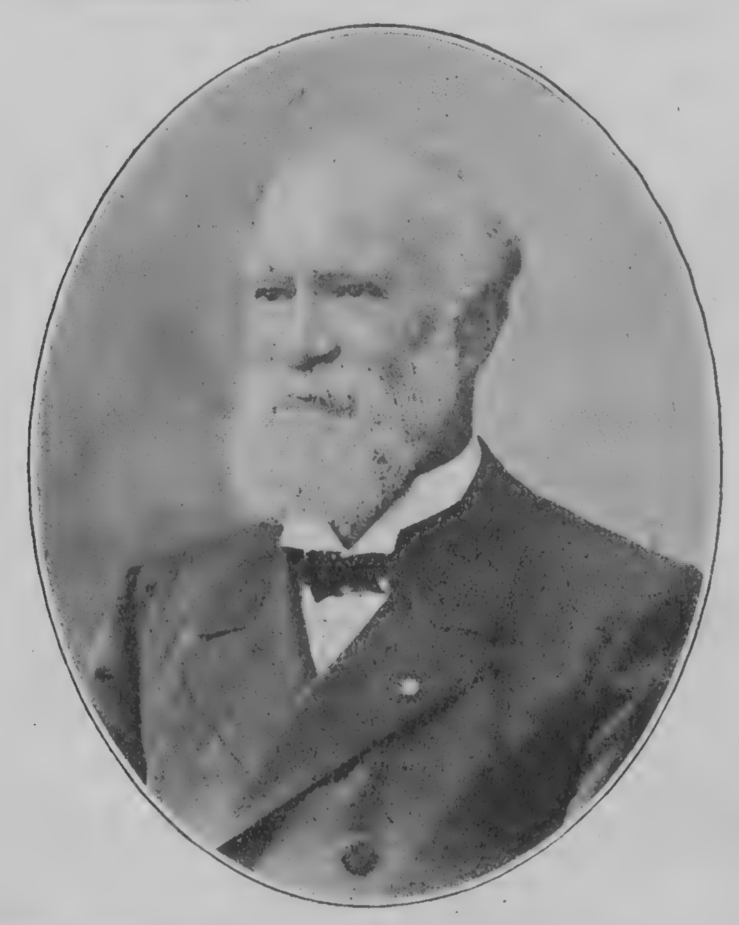
A l'Exposition de Liège (1905), il avait reçu une médaille d'or pour sa collection de dents humaines ; à celle de Londres (1908), il reçut la même récompense.

Grand amateur de fleurs, dans ses loisirs il s'occupait beaucoup d'horticulture ; aussi était-il président de la Société d'hor-

ticulture du Gard et président de la Fédération horticole régionale du Midi.

Il avait été président de la Société des Alsaciens-Lorrains du Gard.

Il était officier de l'Instruction publique et décoré de la croix de la charité de Serbie.



Emile Schwartz était un homme modeste, serviable, consciencieux, franc et loyal, qui inspirait le respect ; il avait une grande activité et s'intéressait vivement au mouvement professionnel, auquel il prit une grande part.

Il est décédé le 21 mai 1920, laissant chez tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un confrère apprécié, estimé et honorable.

Nous exprimons à son fils, M. Gaston Schwartz, de Montpellier, D. E. D. P., ainsi qu'à toute sa famille, nos condoléances les plus sincères et l'assurance de notre sympathie émue.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le mardi 1er juin 1920, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° La canitie dentaire, par M. Debat.

2° Diagnostic différentiel des abcès alvéolo-dentaires d'origine gingivale, par M. Mendel Joseph.

3° Traitement des dents par la méthode électrolytique, par M. Ch. Guebel.

4° Incidents de la pratique journalière.

5° Questions diverses.

Association dentaire nationale des Etats-Unis.

Le 24e Congrès dentaire annuel de l'Association dentaire national des Etats-Unis, aura lieu à Boston, du 23 au 27 août 1920.

Société odontologique suisse.

L'Assemblée générale annuelle de la Société odontologique suisse, a eu lieu à Saint-Gall, les 5, 6 et 7 juin 1920.

Association syndicale des chirurgiens-dentistes du Sud-Est de la France.

Le Bureau et le Conseil d'administration ont été constitués ainsi qu'il suit à la suite de la dernière assemblée générale.

Président : M. Brodeur (Marseille).

Vice-présidents : MM. Granier (Toulouse) ; Dr Romieux (Marseille).

Secrétaire général : M. P. Bernard (Marseille).

Secrétaire adjoint : M. Dubost (Marseille).

Trésorier : M. Maurech (Marseille).

Conseillers : MM. le Dr Bernard, Luneau, Lancelot, Grether, Dr Prudhomme, Raynal (Marseille) ; Davenet (Nîmes) ; Creuzet, Mansoutre (Montpellier) ; Grossin (Toulouse) ; Oustric (Dragui-

gnan) ; Richard-Chauvin (Corse) ; Ronchex (Nice) ; Sanson (Aix) ; Valette, Van Hoeck (Toulon).

Syndicat des médecins-dentistes et des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine.

Comité.

MM. les docteurs Albert Lévy, médecin-dentiste, président ; Eugène Lickteig, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Strasbourg, vice-président ; Gustave Wagner, médecin-dentiste, vice-président ; Léon Wisner, chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy et Strasbourg, sous-secrétaire ; Marse, chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de Médecine de Paris, sous-secrétaire ; Paul Spira, médecin-dentiste (Colmar), trésorier ; Eymard, chirurgien-dentiste, diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon, assesseur (Mulhouse) ; Schwartz, médecin-dentiste, assesseur (Metz).

Cliniques dentaires scolaires en Allemagne.

Le conseil municipal de Francfort-sur-l'Oder a voté pour la reconstruction de la clinique dentaire scolaire un crédit de 47.100 marks auquel la Caisse locale générale d'assurances contre la maladie ajoute 21.000 marks.

***

Le conseil municipal de Forst i. L. a voté une somme de 22.000 marks pour la nouvelle installation de la clinique dentaire scolaire.

***

Le conseil municipal de Berlin accorde une subvention de 100.000 marks au Comité d'hygiène dentaire scolaire pour qu'il prenne à sa charge le fonctionnement des cliniques dentaires scolaires de la ville.

***

La Commission médicale de Brême a été chargée d'un rapport sur l'introduction de l'hygiène dentaire dans les écoles de la ville.

Le conseil municipal de Rauschwalde a décidé que la ville prendrait à sa charge le traitement dentaire des enfants indigents des écoles.

Nouveau journal.

Nous avons reçu le *Bulletin officiel du Syndicat patronal des praticiens de l'art dentaire* publié mensuellement à Bruxelles.

Mariages.

Le mariage de Mlle Renée Brodhurst, fille de notre confrère, M. Brodhurst, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., avec M. Michel Perron, a eu lieu le 3 juin au Vésinet.

Le mariage de notre confrère M. Albert Fournier (de Brunoy), démonstrateur stagiaire à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Germaine Raffini, a été célébré le 26 mai.

Le mariage de notre confrère M. Robert Dexant, de Montluçon, avec Mlle Adrienne Berton, a eu lieu le 27 avril, à Ahun (Creuse).

MM. Godon et H. Villain représentaient le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris à la cérémonie.

Le mariage de notre confrère, M. Alfred Wattier, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Coupé-Mathis, a eu lieu le 20 mai 1920.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Fiançailles.

M. Jacques Filderman, chef de clinique à l'Ecole odontotechnique et auteur des *Notes et impressions d'un dentiste régimentaire* que nous publions dans l'*Odontologie*, est fiancé avec Mlle Germaine Fraenkel, fille de notre confrère M. J. Fraenkel et de Madame.

Nous lui adressons nos félicitations.

40e ANNÉE. N° 7 30 JUILLET 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

FOYERS INFECTIEUX PÉRIAPEXIENS ET LEURS RÉPERCUSSIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Par Joseph MENDEL,
Professeur à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 3 février 1920.)

Une grande et passionnante controverse anime en ce moment les sociétés odontologiques des États-Unis et de l'Angleterre. Le sujet en discussion est d'un intérêt notable. Il nous touche à titres divers : d'abord, parce qu'il prétend établir une ligne de conduite opératoire, qui, appliquée sans discernement, exposerait nos malades à de sérieux déconvenus ; ensuite, parce qu'il tend à élargir singulièrement la responsabilité morale de notre activité professionnelle — ce qui est d'une noble préoccupation d'humanité — mais en l'aggravant d'une manière inconsidérée — ce qui est plein de périls.

De quoi s'agit-il ? Il s'agit du chapitre le plus important de notre pathologie et de notre thérapeutique. Il s'agit d'une règle de conduite à adopter en présence de foyers infectieux péridentaires et plus particulièrement de foyers périapexiens dus à l'extension de l'infection pulpaire. Il s'agit de savoir si, en présence de la carie pénétrante, nous aurons à cœur de rechercher des méthodes toujours plus parfaites, pour remettre nos malades à l'abri des infections profondes ou bien si, par crainte de l'irrémédiable insuffisance de nos ressources thérapeutiques, par crainte de complications infectieuses locales et générales, nous renoncerons à toutes interventions conservatrices en procédant à l'avulsion de la dent malade.

Pendant de longues années les odontologistes ont vécu sur la conception assez simpliste d'une large autonomie des affections dentaires. On les considérait comme des manifestations essentiellement locales et l'on se préoccupait peu de leur répercussion éloignée, de leur rôle pathogénique d'ordre général. Sans doute, on ne méconnaissait pas l'influence des affections dentaires sur l'ensemble de l'organisme et l'on rapportait souvent des observations mettant en relief cette interdépendance. Mais enfin on les classait plutôt dans le groupe de curiosités cliniques, comme une sorte d'exception, sans grande portée pratique.

Peu à peu, grâce à une observation clinique plus pénétrante, grâce aux conquêtes de pathologie expérimentale, de bactériologie, de radiologie, ces conceptions se sont profondément modifiées. Et à l'heure actuelle les lésions dentaires, à plus forte raison les lésions péridentaires, ne sont plus du tout des manifestations isolées. Leur corrélation étiologique et pathogénique avec les états morbides généraux sont hautement affirmées et demeurent la base de nos interventions opératoires et de notre thérapeutique.

Mais il est arrivé que des esprits à tendance extrême ont voulu voir dans les infections péridentaires et surtout périapexiennes la source principale d'un grand nombre d'états infectieux de l'organisme, à tel point qu'un chirurgien américain a cru pouvoir dire que quatre-vingt pour cent des cas de ces interventions chirurgicales sont dus aux infections d'origine dentaire. La liste des maladies attribuées à cette origine est considérable : en la lisant on croit parcourir une table des matières de manuel de pathologie. On est effaré de l'immense responsabilité que nous encourons dans l'exercice de notre profession.

Je n'ai pas l'intention d'envisager ce soir le sujet dans son ensemble. Il est trop vaste et dépasse le cadre précis que je me suis assigné. Je me limiterai aux seules lésions périapexiennes et encore ne parlerai-je que de quelques complications septicémiques.

Quelle est la réalité, quelles sont la fréquence, la gravité de ces complications ?

Pour y répondre faisons appel à deux ordres de preuves : 1° preuves expérimentales ; 2° preuves cliniques. Dans le domaine expérimental il n'y a qu'une manière de démontrer l'état de pyocémiques : c'est l'hémoculture.

Au cours des années 1916, 1917, 1918, j'ai pu pratiquer 8 fois l'hémoculture dans des cas d'abcès alvéolaires aigus en pleine réaction fébrile.

Dans un cas nous avons obtenu une culture pure d'un streptocoque, en courtes chaînettes, *non hémolytique*, tuant la souris en trois jours à la dose d'un demi-centimètre.

Dans un deuxième cas nous avons trouvé un diplocoque, Gram négatif appartenant au groupe des pseudo-méningocoques « le siccus », un des germes les plus fréquents de la bouche et que nous avons souvent rencontré dans les abcès périapexiens associés au streptocoque.

Dans un 3° cas nous avons eu une culture de staphylocoque blanc. Nous avons tenu cette culture comme négative : parce que ce germe est rare dans les abcès alvéolaires, mais surtout parce qu'on le considère comme une fréquente impureté dans la pratique des hémocultures. Les cinq autres hémocultures sont restées stériles.

Les résultats négatifs des six hémocultures n'impliquent pas qu'il n'y ait point eu à un moment donné de germes charriés dans le sang. La rapidité avec laquelle l'organisme détruit les microbes entraînés dans le courant circulatoire est souvent telle, surtout pour des germes à faible virulence, qu'on n'arrive pas toujours à saisir le moment précis où l'on pourrait les y surprendre. D'ailleurs, que dans les maladies franchement septicémiques telles que la fièvre typhoïde ou la grippe, par exemple, plusieurs prélèvements du sang sont souvent nécessaires pour mettre en évidence l'organisme pathogène et encore ne le trouve-t-on pas toujours.

Dans l'ordre de l'observation clinique je crois intéressant de rapporter les 3 cas suivants :

1re OBSERVATION. — En novembre 1917, le professeur Roux me pria d'aller voir une des sœurs attachées à l'hôpital Pasteur. Depuis plusieurs jours elle souffrait et passait de très mauvaises nuits. Elle accusait la 2e prémolaire supérieure droite et celle-ci en effet était atteinte d'une carie pénétrante. Le diagnotic était aisé ; il s'agissait d'un abcès aigu périapexien par propagation de l'infection pulpaire. Il y a eu peu d'œdème, mais la tuméfaction gingivale était très marquée, la douleur, la fièvre étaient violentes, surtout les deux premiers jours. La sœur abattue, épuisée, atteinte de palpitations, d'angoisses, de douleurs précordiales, dut s'aliter et le docteur Veillon diagnostiqua : endocardite.

En questionnant la malade, j'appris que douze ans auparavant elle eut une première atteinte de l'endocarde à la suite d'une crise de rhumatismes articulaires aigus : la lésion semblait avoir cette fois encore guéri, car elle n'en a plus souffert, sauf une impressionnabilité cardiaque assez marquée.

Grâce aux soins éclairés qu'elle reçut, la sœur fut sur pied au bout de deux semaines.

2e OBSERVATION. — Un médecin de mes amis, le Dr Maurange, me pria en 1916 d'aller voir une jeune femme arrivée d'Argentine pour consulter les grands cardiologues de Paris. Voici ce que me raconta son mari. Il y a six mois sa femme alla voir son dentiste pour le traitement de la canine supérieure gauche atteinte de carie pénétrante. Après un traitement préalable, le dentiste obtura la dent. Tout aussitôt apparut une immense fluxion accompagnée de douleurs intenses, de réactions fébriles, de battement, de défaillance, de syncopes. La malade dut s'aliter au milieu de symptômes diagnostiqués : *endocardite* aiguë.

Comme dans ma première observation la jeune femme a déjà eu, il y a 10 ans, une atteinte de la valvule mitrale à la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Elle s'en est parfaitement remise. Il n'en était pas ainsi cette fois, car elle succomba quelques semaines après son arrivée à Paris.

3[e] OBSERVATION. — En 1914, une dame vint me trouver pour des soins d'urgence. Au simple aspect du visage je fis le diagnostic. Il s'agissait d'une incisive latérale supérieure droite, traitée depuis des années et n'ayant, jusqu'alors, donné lieu à aucun signe anormal, sauf une légère sensibilité à la percussion. Brusquement, sans raison apparente, des phénomènes inflammatoires aigus, violents, éclatant avec tuméfaction, œdème, douleur intense, réaction fébrile, etc. J'ai désobturé la dent et ouvert le canal qui était d'ailleurs vide. Puis, ayant prescrit la médication symptomatique d'usage, je renvoyai la malade en lui recommandant de revenir le jour suivant. Le lendemain matin on me prévient que la personne dut s'aliter sur l'ordre du médecin qui diagnostiqua une phlébite du membre inférieur gauche d'origine indéterminée.

De ces trois observations on ne peut affirmer de façon certaine une corrélation étroite entre l'état septicémique et l'abcès alvéolaire, mais on a des présomptions sérieuses pour qu'il en soit ainsi. Et cela suffit pour nous inspirer une conduite prudente en fonction de la responsabilité que nous assumons.

Par bonheur les graves complications que nous venons de rapporter sont tout à fait exceptionnelles. L'organisme animal, toujours aux prises avec les agents infectieux, possède des moyens puissants de défense. Le plus souvent quand le germe s'introduit dans le sang il n'en fait qu'une flambée. Grâce aux anti-corps, aux antitoxines, aux coagulines, aux bactériolysines qui s'y développent, il se constitue un état d'immunité spécifique qui lui assure une protection souvent efficace. D'une manière générale, suivant que nous aurons affaire à une infection massive ou discrète, suivant que la pathogénicité du germe sera réduite ou exaltée, enfin suivant le degré de réceptivité du malade, les réactions locales et générales seront différentes. N'oublions pas cependant que la virulence est une qualité très contingente : variable d'une espèce à l'autre, d'un individu à l'autre et pour le même individu, d'un moment à l'autre.

Bien plus, des micro-organismes classés comme dénués de toute pathogénicité peuvent acquérir de la virulence dans des conditions que l'expérimentation et la clinique savent réaliser. Cela est manifeste, pour les différentes races d'un même organisme pathogène, tel que le streptocoque, par exemple. Sans doute le streptocoque viridans, hôte constant de la bouche, possède une virulence très atténuée, du moins pour des animaux de laboratoire. Mais, cette virulence peut être accrue par des cultures sur des milieux additionnés d'extrait de globules rouges ou de sérum, ainsi que nous l'avons réalisé à plusieurs reprises. Au surplus, nous avons vu des races de streptocoques non-hémolitique, offrir une virulence marquée même en culture sur milieux ordinaires. C'est pourquoi, tout en reconnaissant aux streptocoques de la bouche une faible pathogénicité, et en cela je suis d'accord avec M. Hove, je me mets en garde contre sa confiance exagérée sur ce point.

Que conclure de ces faits, de ces observations cliniques ? Devons-nous obéir aux injonctions des avulsionistes qui ordonnent l'extraction systématique de dents à pulpe dévitalisée par crainte des accidents toxiques ou septicémiques possibles ? Je ne le pense pas. Une telle pratique équivaudrait à une véritable abdication, à la destruction de nos plus belles conquêtes thérapeutiques, au renoncement à tout progrès. Bien au contraire en présence de ces graves problèmes nous devons redoubler d'efforts pour préciser et accroître nos moyens d'action, pour perfectionner nos procédés de lutte contre nos éternels ennemis, les germes pathogènes.

LA RECHERCHE PAR L'IODE DE LA DENTINE CARIÉE

Par Eug.-L. Darcissac,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 3 février 1920.)

Il importe dans le traitement de la carie dentaire de donner à la cavité, non seulement toute l'extension qu'elle doit avoir, de préparer les bords et les parois en s'inspirant des méthodes classiques, mais il faut encore qu'un curettage minutieux et absolu ne laisse dans le fond de la cavité aucune trace de dentine désorganisée par le processus chimico-parasitaire de la carie dentaire.

A l'inspection, l'ivoire altéré est de coloration jaune ou noirâtre, la surface est irrégulière, donnant l'impression d'une masse spongieuse de densité variable.

A la palpation, la sonde pénètre dans ce tissu mou, et soulève des couches plus ou moins épaisses d'ivoire ramolli. Ces couches sont d'épaisseur variable suivant que l'on excise les couches centrales ou périphériques. Puis, insensiblement, la rugine rencontre un tissu de plus en plus dense, et le traitement est considéré comme terminé lorsque la surface de l'ivoire est blanche, lisse, régulière, et que l'instrument, au contact de ce tissu, fait entendre ce bruit particulier qu'on appelle le cri dentinaire (Léon Frey).

Si, à ce moment, vous voulez avoir la certitude que le curettage est terminé, les moyens d'investigation habituels sont insuffisants, et dans la majorité des cas, vous trouverez dans le fond de la cavité des îlots ou des sillons de dentine cariée qui auront échappé à votre examen.

En effet, si nous imprégnons les parois de la cavité d'une solution d'iode iodurée, tout le fond de la cavité se trouve teinté à peu près uniformément ; lavons ensuite la cavité à

---

1. *Journal odontologique de France.* La coloration de la dentine cariée par l'iode, juin 1913.

l'eau, et examinons attentivement toutes les parois. Nous remarquerons :

1° Que l'iode a à peine teinté l'ensemble de la surface de l'ivoire ;

2° Qu'à certains endroits, l'iode s'est fixée nettement en un point ; tantôt cette coloration est limitée à une petite surface au centre de la cavité, tantôt cette coloration nous fait découvrir un sillon vers la périphérie. Dans les deux cas nous nous trouvons en présence de tissu altéré coloré par l'iode ; la rugine et la fraise viendront confirmer notre diagnostic.

Voici donc la solution que je préconise :

Iode........................	1 gr.
Iodure de potassium..........	1 gr.
Eau........................	15 gr.

L'application de la solution d'iode sera suivie d'un lavage à l'eau tiède.

N'oublions pas que l'iode est un antiseptique puissant, et que la stérilisation de la dentine est ainsi obtenue avant l'obturation de la dent.

REVUE DES REVUES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DE LA LANGUE NOIRE PILEUSE

Par le Professeur A. SARTORY (de Strasbourg).

On rencontre parfois, sur la langue, en avant du V lingual, une tache noire plus ou moins grande, constituée par des papilles hypertrophiées, recouvertes d'un enduit brunâtre et ressemblant un peu à une touffe de gazon. Certains auteurs pensent que cette maladie est un simple trouble trophique. Mais à la suite des travaux de Lucet et des auteurs qui ont contrôlé sa découverte, il est certain d'admettre aujourd'hui que la langue noire pileuse est une affection parasitaire mycosique.

Dans la langue noire pileuse, dans laquelle on ne connaissait qu'une levure, décrite par Lucet, en 1901, et appelée par lui : *Cryptococcus linguæ pilosæ*, Roger et Weill, en 1903, ont signalé la présence à côté de la levure de Lucet d'un parasite filamenteux.

Gueguen, en 1908, a fait une étude du parasite filamenteux, auquel il a donné le nom d'*Oospora lingualis*.

Ce parasite est la seule espèce qui jusqu'ici avait été isolée des cas de langue noire avec le *Cryptococcus linguæ pilosæ*. Depuis 7 à 8 ans, nous avons pu étudier 14 cas de langue noire pileuse.

Huit fois nous avons isolé l'*Oospora lingualis* type (avec ses tortillons, conidies, chlamydospores et organes tarsiformes comparables à ceux trouvés dans le genre Achorion), associé au *tococcus* de Lucet.

Dans deux cas de mélanoglossie, le *Cryptococcus* de Lucet était décelable associé à un Oospora tout à fait différent de celui décrit par Gueguen.

L'étude mycologique et biologique complète, effectuée au laboratoire de bactériologie de la Faculté de pharmacie de Strasbourg, nous a permis de l'identifier d'une façon certaine à l'*Oospora pulmonalis* Roger, Sartory, Bory. Cet *Oospora* produisait, chez le lapin, en injection intraveineuse, des lésions subaiguës ou chroniques qui, suivant la dose, amènent la mort en quelques jours ou en quelques mois ; ces lésions sont surtout marquées dans le rein et dans le foie. Les lésions rénales consistent en nodules ou stries blanchâtres, distincts, au milieu du

parenchyme ; les lésions du foie sont habituelles, elles se présentent sous forme de petits nodules blanchâtres, moins constants et moins nombreux et plus petits que ceux du rein. — Un cobaye, inoculé directement dans le poumon avec une culture du parasite, mourait 30 jours plus tard ; l'autopsie révélait : pleurésie purulente bilatérale, des fausses membranes encapuchonnant le poumon, le péricarde était très distendu par un liquide clair. L'exsudat pleural renfermait des filaments d'Oospora.

Dans deux autres cas, nous n'avons pu déceler ni *Cryptococcus*, ni *Oospora*, mais il faut ajouter que les malades s'étaient gargarisés plusieurs jours avant leur entrée à l'hôpital avec des solutions antiseptiques.

Enfin dans quatre cas très récents; seul l'*Oospora lingualis* a pu être isolé.

Nous tenons à faire remarquer ici, que dans les deux cas de langue noire pileuse à *Oospora pulmonalis*, les malades présentaient des phénomènes pulmonaires très marqués qui rétrocédèrent par le traitement ioduré. En même temps la mélanotrichie linguale disparaissait. Il est important, croyons-nous, dans le cas de langue noire pileuse, de faire le diagnostic bactériologique avec beaucoup de discernement. Il ne suffit pas d'un simple frottis pour avoir une opinion, mais il est indispensable de cultiver et d'étudier morphologiquement, biologiquement et expérimentalement, les organismes incriminés.

Dans un mémoire d'ensemble, nous ferons connaître (avec figures à l'appui) le résultat complet de nos recherches.

(*Bulletin de l'Académie de médecine,* séance du 8 juin 1920).

REVUE ANALYTIQUE

Les troubles réflexes glandulaires d'origine alvéolo-dentaire (glandes salivaires).

Par ROUSSEAU-DECELLE, communication faite *à la Société de Stomatologie*, juillet 1919.

Les phénomènes sécrétoires subissant à un haut degré l'influence du système nerveux, et, d'autre part, le trijumeau étant un nerf particulièrement reflexogène, il est naturel que les troubles réflexes glandulaires doivent être fréquents au cours des irritations dentaires. C'est ce que du reste confirme la clinique qui montre que toutes les glandes situées dans le domaine de ce nerf présentent de l'hypersécrétion sous l'influence d'une irritation alvéolo-dentaire (pulpites-gingivites); parmi ces troubles, les uns sont d'une banalité extrême, tels que le ptyalisme, les autres sont plus rares, mais aussi plus intéressants, tels le gonflement intermittent des glandes salivaires.

Ils se résument, en dernier compte, en une vaso-dilatation des glandes salivaires. Cette vaso-dilatation se traduit par des troubles différents au niveau de la sous-maxillaire et de la parotide, différence que l'anatomie suffit à expliquer. La glande sous-maxillaire, placée au milieu de tissus mous, dans une loge à parois peu épaisses, peut se laisser distendre facilement; aussi les troubles réflexes qu'elle subit consistent-ils uniquement en son gonflement. La parotide est au contraire enclavée dans la profondeur d'une loge osseuse et sillonnée de nombreux nerfs, aussi les troubles réflexes qu'elle subit consistent-ils moins en une augmentation de volume qu'en phénomènes douloureux par suite de la compression des nerfs qui la traversent.

La langue stuporeuse.

Par le Dr CHAVIGNY, *Paris Médical*, 13 septembre 1919.

L'auteur décrit un signe bien connu des psychiatres et qui se rencontre aussi dans de nombreux états morbides fébriles.

Ce signe que M. Chavigny propose d'appeler langue stuporeuse pour en rappeler la cause, consiste dans l'impression du système dentaire sur la langue. C'est une déformation particulière des bords minces antéro latéraux de la langue qui, longtemps pressée contre la face interne des arcades dentaires, se moulent en quelque sorte sur celles-ci et en reproduisent les saillies et les dépressions. Ces empreintes sont un symptôme d'inertie musculaire, d'immobilité; ils permettent de reconnaître qu'un sujet est atteint de troubles dépressifs. Ce signe n'a pas une valeur absolue puisqu'il se rencontre chez tous les malades graves atteints de stupeur, mais il doit éveiller l'attention

du praticien lorsqu'il est observé en dehors de tout trouble somatique ou d'affection grave. Dans ce cas, ces impressions dentaires anormales doivent faire penser à un état psychique dépressif tel que : stupeur, mélancolie, confusion mentale, état maniaque avec inhibition, stupeur maniaque, démence précoce à forme catatonique, stupeur au cours d'un délire aigu alcoolique ou dans la psychose aiguë saturnienne, confusion mentale post-épileptique.

Il importe de ne pas confondre ce signe avec la morsure de la langue chez les épileptiques.

Sur la formation de l'articulation temporo-maxillaire.

Par M. Retterer, *Société de Biologie*, 13 décembre 1919.

A l'époque où se développe la cavité de l'articulation temporo-maxillaire, l'apophyse condylienne du maxillaire et la racine transverse du zygoma sont formées de cartilage épithéliode (tissu vésiculeux). Il se transforme ensuite en os. Plus tard il se développe entre la cavité articulaire et l'os une couche de cartilage hyalin ; ce cartilage hyalin fournira dans la suite de nouvelles couches osseuses aux segments correspondants.

Diagnostic radiographique des tumeurs des maxillaires.

Par F. Arcellin, *Province Dentaire*, janvier 1920.

L'auteur constate que si la radiographie est utilisée d'une façon habituelle pour l'examen de la denture, elle l'est beaucoup plus rarement pour la recherche des tumeurs des maxillaires. Ayant eu l'occasion d'examiner plusieurs tumeurs des maxillaires, M. Arcellin coordonne les observations recueillies. Au point de vue technique il faut obtenir des clichés très nets et aussi étendus que possible.

Le sujet sera placé dans le décubitus dorsal, la tête en bonne position, immobilisée par des sacs de sable. Avec une pose de quelques secondes les épreuves sont généralement très nettes et donnent tous les renseignements demandés. Il y a, comme toujours, intérêt à faire un diagnostic aussi précieux que possible, quelque puisse être d'ailleurs le degré de gravité de la lésion. L'examen radiologique permettra parfois d'obtenir un diagnostic précis plusieurs semaines plus tôt que l'examen clinique. L'aspect de la radiographie permet de différencier nettement la tumeur bénigne de la tumeur maligne.

Syphilides pigmentaires de la langue.

(Goubeau. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 10 avril 1919.)

M. Goubeau, dans sa communication à la Société de dermatologie, rapporte qu'il a observé chez deux malades des syphilides dépapillantes de la langue, au niveau desquelles s'était fait un dépôt de pigment donnant à ces plaques une coloration typique. Par le traitement arse-

nical et mercuriel les syphilides guérirent rapidement, mais la pigmentation persista assez longtemps. Ces observations sont très intéressantes pour le dentiste-praticien faisant le plus grand nombre d'examens de bouche et la présence de tâches ovalaires pigmentées sur la langue doit faire penser à la syphilis.

Volumineuse épulis fibreuse.

(Aimes. — *Société anatomique*, 7 février 1920.)

M. Aimes (de Montpellier) a enlevé cette volumineuse tumeur, très facilement, sous anesthésie locale, chez un homme de 38 ans. Elle occupait tout le fond de la cavité buccale, se moulant exactement sur ses parois et elle était implantée par un pédicule étroit sur le rebord gingival au niveau des grosses molaires inférieures gauches.

Elle est remarquable par la rapidité de son développement (six mois), par son énorme volume (son bord supérieur convexe mesure 14 cm.), et par sa formule histologique *(fibrome pur)*.

(*Presse médicale*, 20 février 1920)

Résultats opératoires obtenus chez trois grands mutilés de la face.

Par MM. Desgouttes et Pont, de Lyon, *Société de chirurgie*, 17 février 1920.

Les auteurs présentent à la société trois grands mutilés de la face qu'ils ont opérés au centre maxillo facial de Lyon avec succès. Les résultats au point de vue esthétique sont satisfaisants, mais MM. Desgouttes et Pont font avec juste raison remarquer que la restauration fonctionnelle des gros dégâts de la face, avec perte de substance considérable des maxillaires supérieurs, est presque impossible à réaliser. Ces blessés sont devenus des gens présentables qui peuvent à nouveau se mêler à la vie sociale sans inspirer de la répugnance, mais ils sont voués pour le reste de leur existence à un régime spécial fait de liquide et de pâtées, et la tuberculose les guette.

Adénome du voile du palais.

Par M. Georges Postmann, de Bordeaux. *Société anatomique de Paris*, 21 février 1920.

Les tumeurs néoplasiques de la voûte palatine et du voile sont très rares ; M. Portmann rapporte un cas très intéressant d'adénome pur du voile du palais. La tumeur occupait la moitié droite du voile, lobulée et enveloppée dans une sorte de coque fibreuse très adhérente aux tissus environnants, elle était constituée par une hyperplasie du tissu glandulaire épithélial, représentant une série de glandes acineuses beaucoup plus riches en culs-de-sac sécréteurs que ne le comporte la structure normale des appareils glandulaires du voile.

L'anesthésie générale par éthérisation rectale.

Par Chalier et Dunet, de Lyon, *Congrès de chirurgie*, 6 octobre 1919.

Les auteurs apportent une statistique importante qui rend cette communication très intéressante et fait étudier favorablement cette nouvelle méthode d'anesthésie. On utilise un mélange anesthésique, composé comme suit : éther 120 à 150 centigr., huile camphrée au 1/10, 10 à 20 centigr., huile d'olive 30 centigr., c'est la quantité minima que l'expérience démontre comme étant sans danger et ordinairement comme suffisante. Le mélange ne doit pas être introduit dans le rectum en une seule fois comme un lavement ordinaire, mais par doses fractionnées et injectées lentement. Au bout d'un quart d'heure si l'anesthésie est insuffisante, on introduit par la sonde restée en place une nouvelle petite quantité d'éther (de 20 à 40 centigr). Maniée ainsi avec prudence la méthode est efficace et sans danger. L'anesthésie par éthérisation rectale est formellement contre-indiquée dans toutes les interventions abdominales à cause de la distension intestinale qu'elle détermine, ainsi que dans les cas où il existe des lésions intestinales ou hépatiques. Elle est par contre spécialement indiquée et recommandée dans la chirurgie du crâne, de la face, de la bouche, du cou, du thorax.

P. Vanel.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 3 février 1920.

Présidence de M. BLATTER.

La séance est ouverte à 8 h. 50 du soir.

I. — CORRESPONDANCE.

Le Président donne lecture d'une lettre de M. Mazzella, s'excusant de ne pouvoir faire la communication promise.

M. le président. — Je vais vous donner lecture d'une lettre que nous avons reçue au sujet de la protestation que la Société a adressée au journal américain *Oral Hygiene*, au sujet de la clinique scolaire de Strasbourg. Vous savez que dans ce journal a paru une lettre du professeur Jessen disant que, depuis que les Français sont à Strasbourg, on a fermé la clinique ; c'est de la pure calomnie ; nous avons protesté auprès du journal, qui nous répond ceci : (Il donne lecture de cette réponse) [1].

Je ne puis vous faire approuver le procès-verbal de l'avant-dernière séance, car il n'a pas encore paru dans *L'Odontologie*.

II. — FOYERS INFECTIEUX PÉRIAPEXIENS ET LEURS RÉPERCUSSIONS D'ORDRE GÉNÉRAL, PAR M. JOSEPH MENDEL.

M. Joseph Mendel. — Je n'aurais probablement pas pris la parole aujourd'hui sans l'insistance amicale de notre Président et ami, M. Blatter.

La question que je traiterai devant vous m'a préoccupé depuis longtemps ; mais les occupations multiples qui forment la lourde tâche de notre vie professionnelle ont fait que je ne trouvais guère le temps nécessaire pour aborder un tel sujet devant une telle assemblée.

Cependant, voulant tout de même faire preuve de fidélité à notre ami Blatter, je me suis laissé convaincre et je viens vous apporter quelques-unes des observations et constatations que j'ai faites sur ce sujet.

(Il donne lecture de la communication, publiée d'autre part).

---

1. L'ensemble des documents relatifs à cette question sera publié avec le compte rendu de la séance d'avril.

Discussion.

M. Roy. — Les observations que vient de nous présenter M. Joseph Mendel sont tout à fait intéressantes et dignes d'attirer toute notre attention. Il y a là des faits particulièrement graves puisque, si j'ai bien entendu, sur trois de ses observations, une a été suivie de mort et deux autres de complications graves.

Il y a là des faits extrêmement difficiles, je crois, à discuter, parce qu'il y a une série d'éléments qui se trouvent en jeu, et il n'est pas facile de dire quel est celui qui se trouve prépondérant. Je pense en effet que, dans ces cas-là, ainsi que l'a dit M. Joseph Mendel, il y a à considérer la question de terrain et celle de virulence des microbes.

Quelle est l'influence prépondérante ? Il faudrait se livrer à des recherches microbiennes qui, dans la pratique, sont assez difficiles à faire d'autant plus que, dans ces cas-là, lorsqu'on voudrait les entreprendre, il est souvent trop tard, elles ont perdu leur intérêt, on a laissé échapper l'occasion. J'ai déjà eu des complications de la carie dentaire, non pas d'ordre aussi éloigné, mais offrant un certain caractère de gravité, c'est-à-dire des nécroses étendues du maxillaire ; j'ai déjà signalé les particularités des patients chez lesquels on voit en quelques jours se produire des nécroses extrêmement étendues du maxillaire, à l'occasion d'une périostite banale d'apparence et qui, cependant, est suivie de conséquences terribles, comme dans le cas qui a fait l'objet d'un jugement absolument inique, il y a peu de temps, et où des praticiens peuvent se trouver incriminés.

J'aurais tendance, d'après mes observations dans les cas de ce genre, à penser plutôt à l'influence de la modification du terrain organique des malades plutôt qu'à la virulence particulière des micro-organismes, cette modification de l'état général permettant à la virulence microbienne de s'exalter. Les cas que nous cite M. Joseph Mendel me semblent rentrer un peu dans ces cas : angine de Ludwig, phlegmon du plancher de la bouche, qui produisent des accidents extrêmement graves causés par une affection apicale d'apparence bénigne, prenant un caractère exceptionnel de gravité, sans qu'il semble y avoir localement des conditions suffisantes pour provoquer de semblables accidents.

Je crois qu'il y a lieu de prendre note des observations de M. Joseph Mendel et d'en faire notre profit et, si quelqu'un d'entre vous avait des observations du même ordre à nous apporter, nous pourrions peut-être obtenir un peu de clarté de l'ensemble des documents rassemblés dans ces problèmes particulièrement graves et encore obscurs à l'heure actuelle.

M. Frey. — M. Mendel Joseph vient d'attirer notre attention sur le grand danger de notre pratique professionnelle, sur le réveil septique dans les dents infectées et traitées. Il le fait en raison du cri d'alarme poussé en Amérique — et d'ailleurs non sans exagération — et je l'en félicite.

Il y a longtemps, très longtemps, j'étais jeune étudiant et je me souviens toujours qu'un de mes maîtres disait des dentistes qu'ils étaient des êtres dangereux, les plus dangereux même, « ils obturent les dents et exposent les malades aux accidents très graves de la virulence exaltée ».

Conclusion : devons-nous cesser de traiter les caries pénétrantes et revenir aux extractions multiples qui étaient jadis la base de toute notre profession ?

Non certes. Et ici je me rallie entièrement aux paroles de Mendel quand il nous demande de perfectionner de plus en plus notre technique ; et je rappelle qu'à la dernière réunion du corps enseignant nous avons insisté sur l'enseignement et sur la pratique minutieuse de l'antisepsie et de l'asepsie. A ce point de vue je vois des étudiants et des praticiens qui me désolent : ni dans leurs instruments, ni dans leurs procédés techniques je ne constate la préoccupation constante d'une antisepsie rigoureuse. J'insiste sur ce côté fondamental de notre enseignement ; en outre, je demande qu'il en soit tenu le plus grand compte aux examens pratiques.

A présent veuillez me permettre de poser à M. Mendel une question ayant trait à un point particulier : les infections graves dont il vient de nous parler ne doivent-elles pas être rangées dans le groupe des infections anaérobiques ? C'est par les travaux de Veillon et de son école que ces infections furent différenciées bactériologiquement et cliniquement ; angines, infections pulmonaires, urinaires, etc., furent l'objet de recherches très intéressantes ; la thèse de Monnier, en ce qui concerne la carie dentaire, est au nombre de ces travaux. Cliniquement ces infections anaérobiques se caractérisent par leur retentissement sur l'état général et leur allure gangréneuse.

M. Mendel a-t-il une opinion personnelle sur ces infections ?

M. Joseph Mendel. — J'ai beaucoup étudié les anaérobies de la bouche non seulement au point de vue de leurs cultures, mais aussi au point de vue expérimental ; j'en ai isolé un nombre respectable d'espèces et suis arrivé à la conclusion que très peu d'entre elles sont vraiment pathogènes en culture pure. Leur virulence, leur toxicité se sont toujours montrées extrêmement faibles pour les animaux du laboratoire, même à des doses élevées. Leur rôle me paraît donc subsidiaire et se manifeste seulement quand les aérobies, en modifiant le milieu, leur ont préparé

le terrain. Leur action toxique et protéolytique se superpose ainsi à celle des aérobies, et c'est en cela que leur influence acquiéra de l'importance.

Au point de vue thérapeutique, il importe de savoir que la faculté, que certains d'entre ces germes possèdent de former des spores, augmente les difficultés de stérilisation des canaux dentaires.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Roy sur l'importance qu'il attache au facteur de réceptivité, à ce que nous appelons « le terrain ». Plus j'étudie l'action des germes sur l'organisme, plus l'influence de ce facteur me paraît dominante. Sans doute, il y a des germes d'une virulence, d'une toxicité telles que rien ne leur résiste. Néanmoins, des natures vigoureuses y opposent des moyens de défense d'une grande efficacité.

M. Roy. — Je suis très heureux de ce que vous dites là. C'est ce qui explique justement l'évolution si rapide et si soudaine de phlegmons graves chez des gens qui, jusque-là, avaient ou une dent de sagesse en évolution ou une carie du 4e degré, qui ne les faisaient pas souffrir et ne produisaient aucune manifestation apparente ; mais si vous les interrogez, vous en trouverez souvent l'explication : une infection gastro-intestinale, du surmenage physique ou intellectuel et, aussitôt, diminution de résistance du terrain et évolution rapide et brusque des accidents locaux existant à l'état latent avec une extension générale.

M. Frey. — *A priori*, je suis de l'avis de M. Mendel, et nous devons tenir le plus grand compte des influences de terrain.

Mais n'est il pas exagéré de prétendre que le terrain doit nous préoccuper presque exclusivement ? J'ai eu l'occasion d'observer et de traiter des accidents très graves survenus chez des gens en parfaite santé générale. Je vois encore se présentant un jour chez moi une dame atteinte d'une poussée d'arthrite au niveau d'une prémolaire obturée depuis plus de 20 ans. J'ouvre la dent et m'abstiens de toute autre intervention. L'arthrite s'aggrave cependant, l'inflammation gagne le plancher buccal, et j'assiste à une angine de Ludwig des plus dramatiques ; la malade en guérit, mais non sans faire une nécrose étendue du maxillaire inférieur ; et cependant son terrain était excellent, aucune tare organique ne pouvait expliquer cette intensité des accidents locaux ; seule la virulence du ou des germes devait être invoquée.

M. J. Mendel. — Il est évident que la question de spécificité demeure entière.

M. Eug. Darcissac. — J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Mendel Joseph. Dans les revues des Etats-Unis, c'est une question dont on parle beaucoup en ce moment.

MM. Mendel, Roy et Frey ont surtout parlé de l'influence des accidents locaux aigus d'origine dentaire, sur l'état général.

Je voudrais demander à M. Mendel Joseph ce qu'il pense de l'influence, sur l'état général, des accidents infectieux périapexiens « silencieux » (si je peux m'exprimer ainsi) et ne présentant localement aucun symptôme objectif ou subjectif. L'examen radiographique seul révèle une zone transparente au niveau de l'apex.

Je prends un exemple : un malade vient nous consulter pour nous faire examiner ses dents. Il ne se plaint d'aucune douleur. Nous faisons l'examen de la bouche : à l'inspection, nous trouvons les gencives saines, aucune sensibilité des dents à la percussion ; au point de vue général, le malade se plaint de rhumatismes ou de malaises quelconques.

Nous prenons une radiographie de toutes les dents dévitalisées et nous trouvons, par exemple, en différents points, des zones transparentes ou des lésions du cément.

Quelle est l'influence sur l'état général de ces foyers infectieux ne présentant localement aucun symptôme objectif ou subjectif, et qu'un examen radiographique seul nous permet de dépister ?

M. Joseph Mendel. — M. Darcissac vient de soulever un des coins du problème des infections périapexiennes que j'ai mis de côté dans l'espoir de vous en parler une autre fois. J'estime que l'image radiographique, pour avoir toute sa valeur diagnostique, doit concorder avec les autres constatations cliniques. J'admets cependant que certains germes peu virulents, de faible toxicité, peuvent provoquer des lésions tissulaires sans offrir des phénomènes subjectifs et objectifs appréciables et se traduire néanmoins sur l'écran par une zone *claire* inquiétante. Mais ces cas sont, en somme, fort rares. Dans tous les cas, ici, comme ailleurs, les indications de la thérapeutique conservatrice demeurent entières et l'extraction ne doit être envisagée que comme la ressource ultime.

M. Frey. — Donc, ce soir, M. Mendel Joseph a attiré notre attention sur les phénomènes inflammatoires aigus dus à ces foyers périapexiens. Il y a une autre face du problème à envisager ; ce sont les manifestations d'infection chronique dues à ces foyers. Ici, la question reste entière dans le domaine des probabilités pathologiques.

Puissions-nous un jour la voir entrer dans celui des réalités cliniques !

Le Président. — Au nom de la Société d'Odontologie, je remercie M. Mendel, que j'avais incité à faire une communication. Il m'avait fait remarquer qu'il fallait attirer l'attention des confrères sur leur responsabilité au point de vue thérapeutique et les conséquences de soins parfois défectueux. Ce qui l'avait surtout

frappé, c'étaient nos élèves à l'Ecole ; il nous disait : on devrait redoubler de sévérité dans les soins qu'on donne aux malades ; vous avez une responsabilité très grave vis-à-vis de ces malades et vis-à vis de l'Ecole.

M. Mendel, qui vient de nous faire une première communication, nous en fera une seconde. C'est une haute valeur bactériologique et scientifique qui fait honneur à la Société et je le remercie au nom de tous mes confrères et en mon nom personnel de sa communication. (*Vifs applaudissements.*)

III. — Modifications apportées a la technique du traitement des canaux radiculaires de 1914 a 1919, par M. G. Villain.

M. G. Villain donne lecture de sa communication.

Discussion.

M. Frey. — Il résulte de l'exposé que Georges Villain a bien voulu nous faire ce soir que nos interventions sont, les unes d'ordre mécanique, les autres d'ordre chimique.

A priori, il me paraît que l'intervention mécanique ne doit pas être rejetée, à la condition qu'elle soit sagace et prudente ; il ne faut pas lui demander l'impossible.

L'intervention médicamenteuse ne doit pas être exclusive non plus.

A chacune, il faut faire appel dans la limite des possibilités.

Partout dans l'art de guérir, qu'il s'agisse de carie dentaire ou de toute autre maladie, il y a toujours lieu d'être opportuniste, prudent et intelligemment éclectique.

M. Roy. — La communication de Villain a été très intéressante. Elle me rappelle des souvenirs un peu lointains et montre que, de temps en temps, il y aurait quelquefois besoin de ressortir des choses anciennes.

J'ai fait ici, il y a une vingtaine d'années pour le moins, une communication sur le traitement de la carie du 4e degré de la carie dans laquelle j'abordais ces différents points en montrant des idées qui, ce soir justement, auraient bien leur place. Il semble que pas mal de ces choses sont passées dans l'oubli. Néanmoins, s'il est ce soir ici quelques-uns de nos jeunes confrères, de nos élèves récents, ils n'auront certainement pas manqué, s'ils ont assisté au cours de thérapeutique que je fais dans cette Ecole, de relever un certain nombre de points sur lesquels j'ai attiré leur attention dans le traitement du 4e degré.

Je félicite vivement M. G. Villain de nous avoir apporté un résumé de travaux intéressants, s'appuyant sur des recherches

de laboratoire et radiologiques, etc. Néanmoins je dirai, malgré ces recherches et les considérations qui les accompagnent, que cela démontre, permettez-moi de le dire, chez certains confrères étrangers, un manque d'esprit scientifique.

Ils arrivent à concentrer tous leurs efforts sur le côté technique et négligent un peu trop le côté médical, ayant quelquefois des idées fausses sur des choses qui frappent plus rapidement quelqu'un ayant des connaissances médicales suffisantes et nécessaires, au moins comme celles qu'on donne aux dentistes français.

L'un des auteurs cités dit qu'il est impossible avec n'importe quel moyen médicamenteux dont nous disposons, de désinfecter les dents. Cela repose sur une idée erronée et parce que beaucoup de gens considèrent que le traitement d'une infection aussi complexe que l'est un 4e degré réside dans l'emploi d'un médicament ou d'un procédé particuliers.

On ne guérit pas avec *un médicament,* avec *un procédé*; on guérit avec un traitement, c'est-à-dire avec un ensemble de médications, de procédés thérapeutiques qui viennent agir concurremment et amener la guérison du sujet que l'on traite.

Dans la communication à laquelle je faisais allusion tout à l'heure, je faisais ressortir et j'insistais justement sur ce que pouvaient donner les procédés médicamenteux et les procédés mécaniques et je montrais que, avant de tenter de désinfecter une dent, au lieu de faire agir des agents antiseptiques sur des masses putrides comme celles se trouvant dans les canaux, il fallait d'abord enlever toutes les parties antiseptiques macroscopiques pouvant être enlevées par des moyens mécaniques, mais que l'on n'a pas tout fait d'autre part parce que l'on a ramoné un canal. Je referai au besoin cette communication en la mettant au courant des idées qui ont évolué depuis ces vingt dernières années.

Nous ne sommes pas en présence, dans le canal radiculaire, d'un canal analogue à un tube de verre qu'on pourra et qu'on arrivera à nettoyer d'une façon complète en l'écouvillonnant; nous sommes en présence d'un canal poreux qui contient des canalicules de Tomes, dans lesquels l'infection s'est poursuivie. Nous sommes en présence d'un canal se trouvant en communication avec le maxillaire par l'apex, *région toujours infectée dans un 4e degré,* c'est ce qu'on ne sait pas assez. Il y a toujours de l'infection périapicale; vous n'avez pas guéri celle-ci parce que vous avez ramoné vos canaux.

L'agent médicamenteux, si vous l'employez après nettoyage préalable, joue un rôle important parce qu'il jouit de toute sa

puissance d'action ; il agit sur un milieu lavé préalablement. Si vous vouliez désinfecter un verre, vous le débarrasseriez des saletés visibles qu'il pourrait contenir avant d'y mettre un antiseptique. *A fortiori*, dans le canal, faut-il procéder à un nettoyage minutieux avant toute application médicamenteuse qni est le complément tout naturel de l'action mécanique ; c'est par l'association de ces traitements que peut être obtenue la désinfection aussi parfaite que possible.

Mais pouvons-nous être sûrs que nous avons désinfecté les dents d'une façon absolument certaine et intégrale ? Non, je dirai comme l'auteur cité par M. G. Villain. Non, il n'est pas possible d'affirmer dans aucun cas que nous avons désinfecté d'une façon efficace, absolue au point de vue théorique ; il est possible que nous soyons en présence d'anomalies radiculaires, cela existe très fréquemment ; il est possible qu'une partie de ces canaux n'ait pas pu être atteinte par nos agents de désinfection, si puissants, si parfaits soient-ils et quels qu'ils soient.

Est-ce à dire que notre thérapeutique est vouée à un échec fatal ? Non, mais à une condition, c'est que nous prenions des précautions contre ces reliquats infectieux et que nous n'obturions pas les dents avec une substance inerte telle que la gutta, qui reste inactive en présence de particules septiques, mais que nous obturions les canaux avec une substance à action antiseptique constante et que si, malgré nos efforts, il est resté dans la dent, soit un fragment de pulpe radiculaire échappé à notre exploration, soit des fragments pulpaires déposés dans ce canal, nous obturions celui-ci avec une substance médicamenteuse jouissant de propriétés antiseptiques et capables de momifier les particules septiques ayant échappé à notre action et de les empêcher de se développer.

Sans entrer plus avant dans le détail du traitement que j'emploie, c'est de l'association : 1° du traitement mécanique ; 2° du traitement médicamenteux ; 3° de l'obturation médicamenteuse des canaux que je pratique, que proviennent les résultats excellents — je puis le dire sans vantardise — que j'obtiens dans les traitements du 4e degré ; et je puis dire en toute sincérité que le nombre des récidives, dans les cas que j'ai obturés et guéris, est pour ainsi dire inexistant.

Pourquoi puis-je obtenir ces résultats ? Ce n'est pas par un médicament particulier que j'emploie, croyez-le bien. Comme je le disais dans cette communication d'il y a vingt ans, ce n'est pas par le médicament que vous emploierez qui guérira, c'est la façon dont vous l'emploierez. Il est entendu que ce traitement doit être fait avec des précautions antiseptiques extrêmement

minutieuses et c'est justement en pensant à cette chose-là que je me propose de faire, dans une séance de démonstration de la Société d'Odontologie, un pansement de 4[e] degré. Vous vous rendrez compte comment je fais ; ce n'est pas extrêmement compliqué, c'est une question de minutie, de précaution et vous verrez les résultats qu'on peut obtenir.

En résumé, c'est donc de l'association des différents moyens thérapeutiques, et non pas d'un seul à l'exclusion de tous les autres, qu'on peut obtenir un résultat thérapeutique convenable.

M. Pailliottin. — Ancien élève de M. Roy, je ne puis m'empêcher de dire l'excellence de l'enseignement qu'il donne à ses élèves.

J'ajouterai que je voudrais que nous cherchions des réactifs autres que le nitrate d'argent. Je me permets de rappeler les travaux de Choquet sur la stérilisation de la dentine. On nous avait prié d'assécher les canaux à l'aide.... d'argent ; cela produit des répercussions sur les ligaments, des arthrites ; mais grâce aux travaux de Choquet, nous arriverons à faire pénétrer un médicament dans les canalicules. Il nous semble qu'il y a là une voie dans laquelle nous pourrions très bien nous engager.

M. Ferrand. — Si nous restons encore dans le domaine de l'empirisme sur cette question en France, c'est un peu parce que nous n'utilisons pas assez un moyen de contrôle essentiellement précis pour un observateur averti. Je veux parler encore de la radiographie. Les radiogrammes des racines exécutés dans de bonnes conditions nous donneront des indications sinon indispensables, au moins très utiles dans la conduite à tenir pour le traitement des canaux.

Deux théories sont en présence : celle de l'ouverture mécanique des canaux jusqu'à l'apex avec des instruments divers et comme corollaire l'obturation jusqu'au bout par des cônes de gutta ; celle enfin de partisans de l'ouverture mécanique guidée par l'œil d'une partie du canal et la désinfection chimique de l'autre partie avec obturation relative des canaux. Malgré la beauté, la rigidité de la théorie des absolutistes, la radiographie m'a montré que rarement un canal est obturé par la gutta jusqu'à l'apex ; que souvent il y a anomalie de direction de la racine, d'où impossibilité d'arriver au résultat recherché, d'où, comme conséquence de l'absolutisme dans la pratique d'une théorie, création fréquente de faux canaux. Si avant et après la guerre, j'ai rencontré rarement dans les examens de radiogrammes des racines obturées jusqu'à l'apex à plus forte raison pendant la guerre au centre de Bordeaux, où la théorie du bridge avec dévitalisation systématique de toutes les dents

destinées à porter des couronnes ou des pivots a entraîné des troubles considérables dans les bouches de nos blessés.

M. Zimmermann, mon collègue à Bordeaux, ne me démentira pas en disant qu'à peine 5 0/0 des canaux traités étaient obturés jusqu'à l'apex. Et cependant il y avait des as au centre de Bordeaux !

Je me rallie absolument aux conclusions émises par M. Frey tout à l'heure, qui disait : nous devons aller mécaniquement jusqu'où notre œil peut conduire l'instrument, mais pas au delà, et nous devons aller chimiquement au delà si nous le pouvons. Je mets en pratique depuis très longtemps la théorie pratiquée par M. Roy il y a 18 ans ; certainement j'ai eu des accidents comme il a dû en avoir ; nous en aurons encore, mais j'évite de mettre dans le canal, une fraise de Gate ou un foret dont l'action peut être néfaste.

Comme conclusion, je demanderai donc que la pratique de la radiographie se généralise un peu plus parmi nous.

M. Roy. — L'intervention de M. Ferrand me fait noter un petit point que j'ai oublié : c'est la question de la radiographie. Elle est intéressante, c'est un fait, mais il faudrait encore savoir l'examiner et juger les résultats qu'elle donne. Il est bien certain qu'un malade qui a été guéri d'un abcès peut présenter de la raréfaction osseuse dans la région apicale, car l'os ne s'est pas réformé ; il n'en est pas moins guéri.

La question est donc de savoir comment se présente la raréfaction osseuse, si elle concorde avec des signes cliniques particuliers.

M. Frey. — Pas plus tard qu'hier j'ai examiné deux radiographies. Il s'agissait d'un vaste abcès périapical intra-alvéolaire. L'une des radios prise au moment le plus aigu présentait une vaste zone d'alvéolite raréfiante ; l'autre radio, prise trois semaines après la guérison et dans les mêmes conditions techniques, présentait, à ma grande surprise, une condensation osseuse à peu près complète.

M. G. Villain. — Je voulais répondre tout à l'heure à M. Frey au sujet des deux conclusions : traitement mécanique et traitement chimique.

Les conclusions actuelles, aux Etats-Unis, justement, tendent vers la suppression du traitement mécanique tel que nous le faisons pour reprendre les anciennes méthodes : acide sulfurique, etc. Je suis très heureux de voir que M. Roy rappelle, d'après sa communication, qu'il arrivait à ces trois points :

1° Elargissement des canaux, lavage ;

2° Traitement thérapeutique par les agents thérapeutiques ;

3° Vérification si des agents médicamentaux retenus dans les racines assurent la réfection de celles-ci.

Ouvrons une canalicule de Tomes sur un canal très grossi. Vous employez un foret, un instrument coupant qui expulse et retire des matières du canal, qui peuvent fermer son entrée. Lorsque vous voulez faire pénétrer les agents médicamenteux, ils n'entrent plus dans les canalicules. C'est ce qu'ils ont voulu démontrer là-bas et ils sont revenus aux méthodes anciennes. Au lieu de procéder à l'élargissement du canal par un instrument, ils emploient des agents chimiques, de préférence l'acide sulfurique. Le nettoyage du canal, au lieu de se faire par des lavages mécaniques, se fait par du sodium et du potassium.

Enfin ils préconisent, en dernier lieu, les obturations du canal non plus avec des matières inertes, mais avec de l'argent colloïdal, méthode de Howe, ensuite obturer avec ce qu'on veut.

IV. — La recherche par l'iode de la dentine cariée, par M. Eugène Darcissac.

M. Darcissac. — Sur l'aimable insistance de M. Blatter, j'ai accepté de faire cette communication et je dois dire qu'en 1913, j'ai publié un article sur le même sujet dans le *Journal Odontologique de France.*

Il donne lecture de sa communication (v. p. 359).

V. — Incidents de la pratique journalière.

Observation de deux canines incluses, par M. Roy.

M. Roy. — J'ai une petite observation intéressante d'un malade à vous signaler.

Il s'est présenté dans mon service, il y a huit jours, à l'École, une malade qui avait un maxillaire supérieur complètement édenté, mais qui avait, en arrière de la crête alvéolaire et près de la ligne médiane, une couronne de dent à découvert ; c'était une canine, éruption tardive chez une femme de 58 à 60 ans. Je l'ai fait radiographier en vue de l'opérer 8 jours après. Or la chose a été amusante, parce que je la faisais radiographier pour savoir comment était faite la dent que je trouvais à découvert, car il n'y en avait pas une, mais deux. Cette malade avait deux canines incluses, l'une qui avait été mise à découvert au cours d'extractions antérieures, l'autre qui était complètement incluse. Les deux canines, ainsi que vous pourrez le voir sur la radiographie que je vais faire passer, se trouvaient convergentes sur la ligne médiane. J'ai fait l'extraction de ces deux dents et voilà les deux canines après anesthésie locale.

Je vous signale une petite particularité : c'est que si vous regardez la radiographie vous verrez que l'une de ces dents se présente comme une prémolaire. La malade m'était envoyée du reste avec le diagnostic de prémolaire incluse, diagnostic fait par le confrère qui m'avait adressé cette malade et par un de nos collègues qui l'avait vue également en consultation.

En examinant la malade j'ai dit que, malgré les apparences, je considérais qu'il ne s'agissait pas d'une prémolaire, mais d'une canine et j'ai maintenu ma manière de voir après la radiographie, car s'il est relativement fréquent de voir des canines incluses, il est très rare, au contraire, que ce cas se produise pour des prémolaires. Vous pourrez voir que mon observation était juste, puisque, malgré ce que montrait la radiographie, malgré l'apparence extérieure de la dent lorsqu'elle était en place, il s'agissait bien, en effet, de deux canines.

Voilà le cas, en somme, assez banal dont je voulais vous faire part, mais, comme il ne se rencontre pas tous les jours, je tenais à vous le signaler comme incident de la pratique journalière.

M. Ferrand. — Je regrette que M. Frey soit parti parce qu'il nous aurait donné la clef au sujet des démarches à faire par certains malades qui viennent nous demander des soins, porteurs d'appareils cassés actuellement, qu'ils ont eus étant mobilisés.

Au Val-de-Grâce on répond : vous n'êtes pas réformé, vous n'avez droit à rien ou bien : vous n'avez pas de carnet d'appareillage.

M. G. Villain. — Tout blessé, tout porteur d'appareil pour une perte de substance ou une lésion quelconque de guerre, doit avoir un carnet d'appareillage. La première chose à faire est de réclamer ce carnet au centre qui l'a appareillé. Lorsqu'il en sera possesseur il doit s'adresser au centre de la région qu'il habite : si c'est un Parisien, actuellement c'est le Val-de-Grâce.

Le Président. — Je vous rappelle que M. Vichot, de Lyon, est venu ici faire un appel pour le Congrès de Strasbourg. Je prie instamment les confrères, s'ils ont des communications en vue de ce Congrès, qui aura lieu au mois de juillet, de m'en faire part pour que je puisse en aviser M. Vichot.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le Secrétaire général : V. E. MIÉGEVILLE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SOINS DENTAIRES ET DÉLIVRANCE D'APPAREILS DE PROTHÈSE

Différentes questions ont été posées au sujet des conditions dans lesquelles les officiers et hommes de troupe à solde mensuelle peuvent recevoir les soins dentaires et obtenir la délivrance d'appareils de prothèse dentaire.

Il convient actuellement d'appliquer les dispositions suivantes :

Soins dentaires. — Les soins dentaires ordinaires (pansements, extractions avec anesthésie locale, nettoyage, obturations au ciment ou à l'amalgame) seront assurés gratuitement aux officiers et hommes de troupe à solde mensuelle. Ces soins seront donnés dans les cabinets dentaires de garnison, ou au Service régional de stomatologie s'il s'agit de cas compliqués (accidents de dent de sagesse, phlegmons d'origine dentaire, etc.).

J'attire votre attention sur ce point que les soins dentaires ainsi assurés ne devront comprendre que la dentisterie normale. Le Service de santé ne devra en aucun cas faire bénéficier les officiers et autres militaires de travaux spéciaux exécutés avec des métaux précieux (aurifications ou blocs d'or, couronnes d'or ou de porcelaine, bridges en or avec ou sans porcelaine).

Si les intéressés désirent cette dentisterie de luxe, ils ne pourront que se la procurer directement et à leurs frais sans qu'aucun remboursement puisse leur être accordé par le Service de santé.

La pénurie du personnel, qui oblige le Service de santé militaire à recourir à des dentistes et à des mécaniciens-dentistes civils pour le fonctionnement de ses cabinets dentaires de garnison et de ses centres régionaux d'édentés, ne permet pas de donner à charge de remboursement des soins dentaires aux familles d'officiers ou de militaires mariés, ni aux anciens militaires en retraite non hospitalisés.

En conséquence, la circulaire ministérielle du 8 mai 1909 (*B. O.*, É M., volume 23) est abrogée.

Délivrance d'appareils de prothèse dentaire. — Les appareils de prothèse ordinaires pourront être délivrés à titre remboursable aux officiers et hommes de troupe à solde mensuelle. En raison de l'augmentation considérable du prix des matières premières, et de la main-d'œuvre, ce remboursement devra, par modifi-

cation aux dispositions antérieures, être basé sur le prix de 10 francs par dent.

Il est bien entendu que les officiers, militaires et anciens militaires, blessés de guerre maxillo-faciaux, ont droit comme les autres mutilés à l'allocation gratuite des appareils.

(*La Patrie*, 28 mai 1920.)

SCOLARITÉ DES ÉTUDIANTS NON SURSITAIRES DE LA CLASSE 1918

L'Instruction du 3 mai 1920 (*Journal Officiel* du 5) est remplacée, pour les étudiants des catégories ci-après désignées, par les dispositions suivantes :

. . . .

Etudiants en chirurgie dentaire.

Les étudiants en chirurgie dentaire non sursitaires de la classe 1918 bénéficieront de la réduction à un an de la durée du stage. Ils seront tenus d'accomplir intégralement les trois années de scolarité.

Paris, le 14 juin 1920.

(*Journal Officiel* du 16 juin 1920, page 8 507).

DÉLIVRANCE ILLÉGALE DE SUBSTANCES VÉNÉNEUSES DU TABLEAU B AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS-DENTISTES PAR CERTAINS PHARMACIENS

La lettre suivante a été adressée par la Préfecture de police à la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine pour informer les adhérents qu'ils s'exposent à des poursuites en ne se conformant pas aux dispositions de l'article 40 du décret concernant les substances vénéneuses qui fixent les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent délivrer des stupéfiants aux médecins et chirurgiens-dentistes pour l'exercice de leur profession.

Paris, le 26 janvier 1920.

Monsieur le Président,

Dans son rapport relatif aux relevés mentionnant les quantités de toxiques du tableau B que, par application de l'article 40 du décret du 14 septembre 1916, les pharmaciens de la Seine ont délivrées aux médecins et chirurgiens-dentistes pour l'exercice de leur profession,

au cours de l'année 1918, M. le Directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie m'a signalé que certains pharmaciens ne s'étaient pas entourés de toutes les garanties indispensables qui doivent présider à la délivrance de ces substances, ou même avaient contrevenu aux dispositions du décret susvisé.

Les uns ont exécuté des ordonnances prescrivant des stupéfiants, sans s'assurer au préalable de la qualité, du domicile et même parfois de l'existence de leur auteur.

D'autres ont délivré des toxiques du tableau B à des médecins militaires à qui le Service de santé militaire fournit directement tous les médicaments nécessaires à l'exercice de leur profession.

D'autres enfin ont envoyé des substances dont il s'agit à des médecins domiciliés dans d'autres départements, contrairement au § 2 de l'article 40 précité, aux termes duquel les pharmaciens ne peuvent délivrer lesdites substances qu'à des praticiens domiciliés dans la commune ou dans les communes contiguës, lorsque celles-ci sont dépourvues d'officine.

Il ne vous échappera pas que, malgré la bonne foi dont peuvent, dans certains cas, exciper les intéressés, des agissements de la nature de ceux qui ont été relevés, outre qu'ils constituent un délit à la charge de ceux qui s'en rendent coupables, font courir de très graves dangers à la santé publique en facilitant la diffusion de produits dont le législateur a réglementé le commerce de façon minutieuse.

En conséquence, j'ai l'honneur d'attirer toute votre attention sur l'intérêt qu'il y aurait à rappeler à vos adhérents l'impérieuse nécessité qui s'impose à eux de se conformer rigoureusement à l'article 40 du décret de 1916.

Vous ne leur laisserez pas ignorer que tout manquement à l'observation de ces dispositions fera l'objet d'un procès-verbal d'infraction audit décret, procédure qui sera transmise par mes soins aux Tribunaux compétents.

Agréez, etc... (*Répertoire de Pharmacie*, 10 mai 1920).

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Commission consultative.

La Commission consultative chargée d'étudier les questions de programme et d'enseignement dentaire, décidée par les assemblées générales des 9 décembre 1919 et 27 janvier 1920, s'est réunie le 8 mars, ainsi que nous l'avons annoncé.

Elle a choisi comme bureau celui de la Société de l'Ecole, et a constitué 4 sous-commissions : 1° Pouvoirs publics ; 2° Examinateurs ; 3° Enseignement ; 4° Matériel et locaux, chacune devant examiner un certain nombre de questions (au total 12).

Ces sous-commissions comprenaient ensemble 25 membres, plus le président-directeur, le directeur adjoint, le directeur de l'Enseignement et le secrétaire général.

Les sous-commissions ont immédiatement nommé un président et se sont mises au travail, elles ont tenu plusieurs séances séparément et ont désigné chacune un secrétaire-rapporteur.

Le 25 mai a été tenue une réunion plénière de la Commission consultative dans laquelle il a été donné lecture des rapports, ainsi que des vœux et conclusions émis par chaque sous-commission, au total : 36.

Ces rapports, avec leurs conclusions et vœux, ont été renvoyés au Conseil d'administration qui les a approuvés dans sa séance du 8 juin et a décidé d'en poursuivre aussitôt la réalisation.

STAGE DENTAIRE

Par décision du ministre de l'Instruction publique en date du 7 juin 1920, les étudiants en chirurgie dentaire qui, n'ayant pas encore commencé leur stage, obtiennent actuellement le bénéfice des dispositions du 3e décret du 10 janvier 1919, ne pourront prendre la 1re inscription de stage qu'en octobre prochain.

L'HYGIÈNE DENTAIRE AU SÉNAT FRANÇAIS

Sénat.

Séance du mardi 6 *juillet* 1920.

XIV. — DÉPOT DE PROPOSITIONS DE LOI.

M. le Président. — J'ai reçu de MM. Paul Strauss, Henry Chéron et Gaston Doumergue une proposition de loi relative à l'hygiène dentaire dans les écoles primaires.

S'il n'y a pas d'opposition, la proposition de loi est renvoyée à la commission, nommée le 25 mai 1905, chargée de l'examen d'une proposition de loi tendant à modifier les articles 20 et 25 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique (Adhésion).

Elle sera imprimée et distribuée.

(*Journal officiel*, du 7 juillet 1920, p. 1119 et 1120).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

EXAMEN D'ETAT POUR LES « DENTISTES » DANS LE GRAND DUCHÉ DE BADE

Le *Moniteur badois* des lois et ordonnances du 15 avril 1920, n° 24, publié à Karlsruhe (*Badische Gesetz-und Verordnungs-Blatt*), contient une ordonnance du 29 mars 1920 relative à l'examen d'Etat des *Dentistes* (on sait que les *Dentistes* exercent en Allemagne sans diplôme).

La demande d'admission à cet examen doit être accompagnée :

1° D'un certificat de bonnes vie et mœurs ;

2° D'un certificat constatant que le candidat a fait un apprentissage complet d'au moins 3 ans chez un patron connaissant la technique dentaire et la dentisterie opératoire ;

3° D'un certificat constatant que le candidat a au moins 3 ans de pratique comme assistant d'un *zahnarzt* ou d'un *dentiste*. Dans ce délai est compté, jusqu'à concurrence d'un an, le temps d'étude passé dans un établissement d'enseignement créé par le *Syndicat des dentistes de l'Empire allemand* ou dans un autre établissement d'enseignement reconnu par l'Etat ;

4° D'un certificat constatant que le candidat a au moins 2 ans d'exercice comme *dentiste* dans le Grand Duché de Bade ;

5° D'un curriculum vitæ rédigé et écrit par le candidat.

L'examen est oral et pratique (art. 9).

Les connaissances dont le candidat doit faire preuve dans la partie orale sont indiquées dans 14 rubriques par l'art. 11 de l'ordonnance ; les connaissances de la partie pratique sont indiquées dans 8 rubriques par l'art. 12.

Il est délivré un diplôme au candidat ayant subi l'examen avec succès (art. 15). En vertu de ce diplôme, l'intéressé est autorisé à prendre la qualité de *dentiste diplômé par l'Etat badois* (In Baden staatlich geprüfter Dentist).

(*Zahnärztl. Rundschau*, n° 21, 25 mars 1920).

CONGRÈS DE STRASBOURG

(26-31 *juillet* 1920.)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

Section d'odontologie.

PROGRAMME DU CONGRÈS

(*Extrait du Bulletin n° 47, juin 1920, de l'A. F. A. S. Informations et documents divers*).

En raison de difficultés d'organisation tenant aux circonstances actuelles, le Conseil de l'Association et le Conseil local ont décidé que le Congrès proprement dit (ouverture, séances des sections, élections, visites locales, conférences, assemblée générale, etc.) ne dureraient cette année que 3 jours seulement : lundi, mardi, mercredi et que la fin de la semaine serait consacrée aux excursions.

Séance d'ouverture : lundi 26 juillet, à 10 heures, sous la présidence de M. le professeur Calmette, sous-directeur de l'Institut Pasteur, Conservatoire de musique, ancien Palais du Parlement, place de la République (nouvelle ville ; en partant de la gare, tramways 1, 3, 10).

Le même jour, à 14 h. 1/2, *réunion des sections* dans les salles qui leur seront attribuées au siège du Congrès : Lycée Fustel de Coulanges (place de la Cathédrale).

Le soir, à 20 h. 1/2, *réception des congressistes*, à l'Orangerie (au bout de l'avenue de la Robertsau) par le maire, M. Peirotes, et le Conseil municipal (illuminations et concert). Tenue de ville. (Place de la Gare prendre tramway 5 ou 7 ; place de la Cathédrale, tramways 1 ou 15, changer place Brandt et prendre le 3).

Mardi 27 juillet, à 8 h. 1/2 et à 14 heures, séances des sections (élection, dans chaque section, des délégués au Conseil de l'Association).

Mercredi 28 juillet, à 8 h. 1/2 et à 14 heures, séances des sections, le même jour, à 18 heures, assemblée générale au Lycée, siège du Congrès.

Les démonstrations pratiques de la section d'Odontologie se feront à la clinique dentaire.

I. — Conférences.

1° Conférence générale (avec films et projections).

Mardi 27 juillet, à 20 h. 30, à l'Aula de l'Université, par M. le colonel Renard (sujet non indiqué).

2° Conférences spéciales.

Mardi, 27 juillet à 17 heures, salle des fêtes de la Chambre de Commerce, place Gutenberg. Le vol en avion, son influence sur la santé de l'aviateur, par M. le Dr Ferry, chargé de cours à la Faculté des sciences.

Date et heure non fixées : Les crânes d'Alsace (avec présentation d'une collection craniologique), par M. le Dr Blind.

II. — Excursions.

Jeudi 29 juillet, Ste Odile. Départ 6 h. 6 ; retour 19 h. 52. Prix du billet de chemin de fer Strasbourg-Ottrot, aller et retour : 8 fr. (2e), 5 fr. (3e).

Déjeuner au couvent : 10 fr. (vin, café et liqueurs compris).

Vendredi 30 juillet. Mulhouse. Départ 6 h. 5 ; retour 18 h. 5. Visite de la ville et visites industrielles, le matin ; visite des mines de potasse l'après-midi. Prix du billet (aller et retour) 2e classe, 27 fr. 50. Transport par camions aux mines : 12 fr. 50. Déjeuner (vin et café non compris : 8 fr.) total 47 fr. 50.

Samedi 31 juillet. Saverne et le Haut-Barr. Départ 8 h. 13 ; retour 20 h. 36. Billet (aller et retour) 7 fr. 60 ; déjeuner 7 fr. (environ).

Dimanche 1er août. — Colmar, Trois-épis, Le Linge. Départ 6 heures ; retour 18 h. 30. Dépenses approximatives : transport, 32 fr. 20 ; déjeuner (vin et café non compris) 10 francs.

III. — Expositions.

a) Exposition d'odontologie (à la Faculté de médecine, hôpital civil), quai Saint-Nicolas (tramways C).

b) Exposition d'électricité médicale.

c) Visite des stations sismologique et météorologique de l'Institut de physique du globe.

IV. — Logements.

	Petit déjeuner	Déjeuner sans boisosn	Dîner sans boisson	Chambres
	—	—	—	—
Hôtel Ville de Paris .	3 »	9 »	10 »	12 » à 25 »
— Maison Rouge. .	3 »	10 »	12 »	15 » à 25 »
— Union..........	2.50	7.50	10 »	depuis 10 »
— de France......	2.50	7 »	8 »	8 » à 12 »
— de la Vignette. .	2.50	7 »	8 »	7 » à 10 »
— Christophe......	2.50	7 »	8 »	depuis 8 »
— National........	3 »	10 »	12 »	10 » à 25 »
— Pfeiffer.........	2.50	7 »	8 »	7 » à 9 »
— Terminus.......	2.50	8 »	8 »	7 » à 12 »
— Royal..........	2.50	7.50	7.50	6 » à 10 »
— de la Poste.....	2.50	7.50	7.50	5 » à 12 »
— Monopole.......	2.50	7 »	8 »	6 » à 10 »
— Continental.....	2.50	7.50	8 »	7 » à 12 »
— de la Couronne.	2 »	6.50	7.50	6 » à 10 »
— Hannog........	2.50	6.50	7.50	8 » à 15 »
— de Bruxelles....	2 »	6 »	6 »	6 » à 8 »
— Bristol.........	2.50	7.50	8 »	8 » à 12 »
— du Rhin........	2.50	7 »	8 »	7 » à 10 »
— Central........	2.50	7 »	7 »	8 » à 10 »
— Moderne........	2.50	7 »	7 »	depuis 7.50

Restaurants. — Brasseries.

Dans les restaurants et brasseries, la bière ou le vin sont en dehors du prix des repas. Le menu du jour et le prix sont affichés à la porte.

Restaurants : Sorg, rue du Faisan. — Valentin, vieux Marché aux Vins. — La Cigogne, pont de la Fonderie. — Goetz, faubourg National. — L'Union, rue de la Nuée Bleue. — Le Crocodile, rue de l'Outre, place Kléber. — Zimmer, rue du Temple Neuf. — Kammerzell, place de la Cathédrale. — Edel, rue Kuss. — La Couronne, Vieux Marché aux Vins. — L'hommelet rouge, quai des Bateliers. — Gruber, Orangerie. — Maison Rustique, Orangerie.

Brasseries : Taverne alsacienne, rue du Vieux Marché aux Grains. — Piton, même rue. — De La Marne, place des Etudiants. — Grand Kléber, rue des Arcades. — Le Dauphin, place de la Cathédrale. — La Mauresse, rue du Vieux Marché aux Poissons. — Le Pigeon, rue des Tonneliers. — Terminus, place de la Gare. — Luxhof, rue du Luxhof (place Broglie).

V. — PASSEPORTS.

Pour voyager en pays allemand (occupé ou non), s'adresser le plus tôt possible au commissaire de police de sa résidence.

VI. — TRANSPORTS.

Malgré les démarches les plus pressantes du Conseil de l'Association, les Compagnies de chemins de fer françaises et alsaciennes-lorraines n'ont pu accorder la réduction habituelle de 50 o/o.

INVITATION DU SYNDICAT DES MÉDECINS-DENTISTES ET CHIRURGIENS DENTISTES D'ALSACE ET DE LORRAINE AU CONGRÈS DE L'A. F. A. S.

La section d'Odontologie de l'A. F. A. S. a convié, par l'organe de son distingué et si dévoué président, M. le docteur Vichot, de Lyon, nos confrères pour le congrès annuel qui doit avoir lieu fin juillet à Strasbourg.

Le comité du Syndicat des médecins-dentistes et chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine, au nom de tous ses membres, vient, à son tour, inviter les collègues de France et des Pays alliés à cette réunion scientifique dans notre belle ville de Strasbourg.

Outre le grand intérêt professionnel que ce congrès, le premier après cette terrible guerre, présentera pour tous nos confrères, nous pouvons certifier qu'ils trouveront à Strasbourg et en Alsace un accueil chaleureux ; il se créera sûrement avec eux des relations sympathiques et amicales pour le plus grand bien de notre science.

Nous ne doutons pas que l'attachement porté à notre beau pays attirera un grand nombre de nos collègues qui pourront, dans ce déplacement, joindre l'utile à l'agréable.

Inutile de dire que les membres de notre Syndicat se feront un plaisir de se mettre à leur entière disposition pour leur faire profiter, de la façon la plus complète, de leur séjour en Alsace française.

Le secrétaire,
Paul SPIRA.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Prothèse dentaire par H. Léger-Dorez.

(C. Ash et Sons et C°, éditeurs, Paris, 1920).

Nous venons de recevoir un livre gros de près de 800 pages et contenant 1150 figures, édité par la maison C. Ash et Fils. Cet ouvrage traite de la prothèse dentaire en général. Ce travail est celui d'un praticien, M. H. Léger-Dorez, qui, depuis de longues années, s'est consacré avec passion à son art. Les expressions que l'on trouve çà et là dans le cours du livre semblent indiquer que l'auteur s'anime véritablement à l'aspect d'un travail élégant et fini. Il en éprouve une satisfaction semblable à celle que devait éprouver le maître ouvrier au temps ancien des corporations et des chefs-d'œuvre. Cette constatation était nécessaire pour pouvoir juger la valeur de cette œuvre considérable et très personnelle.

Dans l'ensemble le livre comporte cinq grandes divisions.

Dans une première partie l'auteur étudie les généralités de la prothèse — instrumentation, préparation de la bouche, prise d'empreinte, etc... — A signaler un excellent procédé dont l'auteur revendique la paternité: le porte-empreinte à bêche mobile. Cet ingénieux dispositif permet d'obtenir rapidement en bouche la fragmentation des empreintes.

Dans une deuxième division l'auteur traite de la prothèse en vulcanite.

La troisième partie est consacrée à la prothèse en métal. Puis vient un long chapitre sur les dents à pivot. Ensuite l'auteur étudie les couronnes et enfin les bridges.

A la suite des différents modèles de bridges connus, nous arrivons à l'une des parties les plus originales du livre : nous voulons parler de l'emploi, en matière de travaux à pont, de la bague fendue, préconisé par l'auteur. Ce long exposé, avec de nombreuses figures, des différents travaux réalisés par ce procédé, ne manque pas de séduire le lecteur amateur de travaux délicats.

Que vaut cette méthode ? Nous ne pouvons à ce sujet que nous abstenir de tout jugement personnel. L'emploi des bagues fendues n'est pas assez généralisé pour qu'une opinion sérieuse et motivée puisse être émise à ce sujet.

La méthode est intéressante et nous serions tenté d'en dire beaucoup de bien.

L'usage seul décidera de la valeur de ce procédé d'appareillage

et s'il est démontré que les appareils à bagues fendues durent en bouche autant que les bridges classiques, il y aurait là un très gros argument en faveur de leur emploi.

Ce traité de prothèse ne saurait être considéré comme un traité classique, résumant et condensant les opinions actuellement admises dans les milieux professionnels. L'auteur, en plusieurs circonstances, fort de son expérience, prend nettement parti contre des procédés ou des méthodes qui, jusqu'ici, sont officiellement enseignés comme les meilleurs. En particulier, à propos de la prise d'articulation, il rejette l'emploi des articulateurs anatomiques. L'argument invoqué en la circonstance ne manque pas de valeur. Le patient depuis longtemps édenté a perdu les habitudes de mastication primitives ; vouloir lui redonner un appareil dentaire semblable à celui de ses jeunes années serait le mettre en possession d'un appareil auquel ni ses muscles ni ses articulations temporo-maxillaires ne sont plus habitués.

Tout en faisant personnellement des réserves sur le rejet des articulateurs anatomiques, nous estimons qu'il faut en effet se garder de l'abus des moyens mécaniques en matière de prothèse dentaire.

Si M. Léger-Dorez, à notre avis, fait trop appel à l'habileté manuelle du praticien, certains articulateurs anatomiques parmi les plus récents nous paraissent véritablement par trop théoriques, et c'est avec un vif plaisir que nous avons enregistré une communication récente de M. Ruppe à la Société d'Odontologie. Ce praticien nous a fait la démonstration de petits articulateurs intra-buccaux qui, tout en demandant au dentiste une part sérieuse d'habileté et de compréhension, s'inspirent cependant des travaux les plus modernes et les plus scientifiques touchant le problème de l'articulé dentaire.

La solution élégante du délicat problème de l'articulé dentaire nous paraît être dans cette méthode mixte tenant compte à la fois du cas particulier et des règles générales de la physiologie de la mandibule. C'est pourquoi nous croyons devoir d're sur ce point que la pratique de M. Léger-Dorez ne peut être l'apanage que de quelques praticiens particulièrement doués et que généraliser son emploi risquerait entre des mains moins aptes de nous ramener aux dentiers primitifs, à l'articulé horizontal.

A propos de la préparation des dents en vue de la pose des couronnes, l'auteur passe rapidement sur la décortication. Aussi bien sur la préparation des dents à pivots genre Richmond que sur les couronnes d'or, il ne mentionne pas l'emploi des grattoirs. Il nous semble cependant qu'il est indispensable d'indiquer l'emploi de ces instruments qui, seuls, permettent dans bien des cas de décortiquer complètement une dent. Tous ceux qui

font couramment des travaux à pont savent, pour y avoir passé des moments bien pénibles, combien cette préparation est longue et difficile.

L'emploi des meulettes n'est pas suffisant si l'on désire atteindre partout le collet anatomique de la dent, particulièrement sur les faces vestibulaires et linguales.

Tout le livre est rempli d'une foule de petits tours de mains, de conceptions souvent hardies, toujours ingénieuses ; il est intéressant à connaître et, s'il ne peut, à notre avis, guider un jeune étudiant, il peut être utilement consulté par le praticien souvent arrêté dans ses débuts par des difficultés que ne résolvent pas toujours des traités plus didactiques et plus classiques.

En terminant, il nous faut louer M. Léger-Dorez du gros effort qu'il a dû accomplir pour mettre sur pied un ouvrage de cette importance, et si nous avons souligné quelques points qui nous paraissent sujets à controverses, il n'en reste pas moins que ce livre est à l'heure actuelle le seul gros traité de prothèse française qui existe. Ce titre seul suffirait à le recommander à l'attention bienveillante de tous nos confrères.

L. Solas.

La structure des couronnes des prémolaires et molaires inférieures.

(Die Kronenstruktur der unteren Prämolaren und Molaren.)

La structure des couronnes des prémolaires et molaires inférieures (contribution à la morphologie de la denture humaine), tel est le titre d'une thèse soutenue par notre confrère M. Th. E. de Jonge Cohen, d'Amsterdam, assistant à l'Institut dentaire de l'Université d'Utrecht, pour obtenir le titre de docteur en chirurgie dentaire de la Faculté de médecine de l'Université de Zurich.

Ce volume de 158 pages, précédé d'une introduction, comprend deux parties. La première, consacrée aux prémolaires, se divise en 3 chapitres : généralités ; la 2e prémolaire, formes normales, variations de formes ; la 1re prémolaire, avec les mêmes subdivisions La 2e partie, consacrée aux molaires, comprend 4 chapitres : généralités ; la 1re molaire, la 2e molaire, la 3e molaire, chacun avec les subdivisions de la première partie.

Le volume est illustré de 25 figures et de 17 planches comptant au total 40 figures ; il se termine par un index bibliographique.

Le travail de M. de Jonge Cohen est une étude sérieuse, pa-

raissant présenter une réelle valeur, dont la lecture ne pourra que profiter au praticien connaissant la langue allemande, dans laquelle a été présentée cette thèse.

Anesthésie régionale en chirurgie dentaire..

M. Jules Labouré, anesthésiste de la clinique Victor Pauchet, à Amiens, et notre confrère M. Marcel Brille D. E. D. P. et D. D. S, viennent de publier un petit traité d'*anesthésie régionale en chirurgie dentaire.* Ce travail, issu de cette clinique, ainsi que de la clinique de prophylaxie buccale annexée à l'usine Citroën, compte 35 pages, avec un atlas de 42 figures dessinées d'après nature dans le texte. Il comprend 4 chapitres : l'instrumentation, l'innervation dentaire, la préparation générale et normale du sujet, la technique (anesthésie locale, anesthésie tronculaire avec instrumentation) et des conclusions. Sous une forme brève, mais claire et précise, cet ouvrage contient tout ce qu'il est besoin de savoir et la Bibliothèque de l'Ecole dentaire est heureuse de le posséder.

Livre reçu.

Nous avons reçu de M. Arthur Zentler, chirurgien-dentiste, adjoint à la clinique de dentisterie opératoire de l'Université de Columbia, à New-York, une brochure de 11 pages, intitulée : *Opération combinée pour infection périapicale et péridentaire* (en anglais).

VARIA

EN CAMPAGNE

Notes et impressions d'un dentiste régimentaire.

Par Jacques Filderman
Décoré de la Croix de Guerre (3 Citations).

(Suite et fin.)

La bataille continue avec acharnement pendant deux jours, au cours desquels nous sommes constamment bombardés, lorsque nous apprenons avec joie que l'ennemi recule. Le tir ennemi se ralentit de plus en plus et bientôt nous ne recevons plus un seul coup de canon.

Notre artillerie vient de franchir l'Aisne et passe devant le poste de secours pour aller se mettre en position plus à l'avant. L'attaque a réussi et la mission du 86e est momentanément terminée.

Dans la matinée du 4 novembre nous sommes relevés.

Un soleil de victoire brille sur l'Aisne, dont nous franchissons les passerelles, qui nous ont coûté tant de peine il y a quelques jours, sans recevoir un coup de canon et sans prendre aucune précaution, comme si nous faisions une simple promenade. Les brancards roulants ont bien quelque peine à passer, mais cela est dû uniquement au bouleversement du terrain ; l'ennemi, qui bat en retraite, ne nous gêne plus et nous en éprouvons un réel soulagement. Nous retournons à *Vrizy* où l'on apporte trois cadavres que j'ai à identifier. Nous passons une bonne nuit et le lendemain nous recommençons la poursuite en reprenant le chemin de Vandy, qui est devenu complètement calme.

Sur le plateau que nous traversons, après avoir quitté ce village, nous voyons le résultat de la lutte acharnée des jours précédents. Le terrain est retourné comme un champ qui vient d'être labouré et des quantités de cadavres français et allemands couvrent le sol. Nous marchons dans une boue épaisse à travers un terrain accidenté et nous arrivons à *Bailay*, où nous cantonnons une nuit, couchés par terre dans une maison démolie.

Le lendemain nous continuons notre avance et tout le long de la route nous voyons des cadavres allemands.

Nous dépassons *Quatre-Champs*, et nous arrivons à la *Maison Rouge* qui a servi de poste de commandement à un général alle-

mand, et où nous passons une excellente nuit dans une maisonnette en bois luxueusement aménagée par les Allemands.

Le 6 novembre nous couchons à *Le Chesne*. Nous traversons ensuite *le canal des Ardennes* sans recevoir un seul coup de canon, car l'ennemi bat toujours en retraite et nous arrivons à *Louvergny* où nous trouvons déjà quelques civils qui viennent d'être délivrés. Ici nos misères recommencent.

Nous venons de descendre une pente rapide et nous arrivons au bord d'un ruisseau que nous ne pouvons pas franchir parce que le pont a sauté et qu'il n'y a pas de passerelle. On nous fait remonter la côte avec les brouettes, pour prendre un autre chemin, mais arrivés en haut, on nous fait redescendre. Il faut à tout prix que nous traversions le ruisseau, large de 5 à 6 mètres, et en fait de passerelle il n'y a qu'une planche. Après des hésitations interminables nous ne trouvons pas d'autre solution que celle de démonter entièrement les brancards roulants et de transporter à dos d'homme tout le matériel, y compris les roues, de l'autre côté de l'eau. C'est ce que nous faisons et, après avoir remis les brouettes en état de rouler, nous repartons.

Mais, à peine avons-nous fait quelques centaines de mètres qu'une autre grosse difficulté se présente.

Nous sommes sur une route qui traverse le *Bois de la Cassine*. L'ennemi en retraite a abattu tous les arbres, des arbres séculaires, qui se trouvaient sur les bords de la route et les a couchés en travers du chemin. Il ne faut même pas essayer de passer avec les roulants, car, tous les deux ou trois mètres, il y a un arbre, et quel arbre ! Nous démontons donc encore une fois les brouettes et chacun de nous prend ce qu'il peut, sur les épaules : sacs de pansements, sacs à vivres, caisse de médicaments, roues, brancards, etc., etc..., et, chargés comme des mulets, nous commençons à faire une gymnastique des plus pénibles, tantôt en enfourchant un arbre, tantôt en passant par-dessous et en nous égratignant la figure et les mains. Cet agréable exercice dure un temps interminable.

Nous arrivons enfin, au pied d'une colline où nous pouvons prendre un sentier libre de tout obstacle. Mais nous n'avons plus la force de grimper la côte et malgré notre hâte d'en finir, nous faisons une pause, tandis qu'au loin, chose susceptible de remonter notre moral... nous entendons des arrivées d'obus. Nous repartons et bientôt nous arrivons en haut de la côte. Les brouettes sont montées et nous rejoignons la compagnie au moment où elle fait la pause.

Nous sommes ici devant un carrefour où débouchent deux

routes : l'une, qui figure sur la carte d'état-major, est encombrée d'arbres coupés ; l'autre aboutit nous ne savons où.

Un officier qui est parti en reconnaissance pour voir si les brouettes peuvent passer, ne revient pas. A mon tour, j'essaye de me rendre compte si ce chemin est praticable pour nous. Je marche, pendant plus d'une demi-heure, sur une route très bonne, mais j'arrive à un carrefour, d'où je ne peux plus m'orienter. J'estime donc qu'il est imprudent de s'aventurer avec le matériel, d'autant que maintenant on entend très distinctement, non seulement les explosions, mais même les sifflements des obus de l'ennemi qui semble être tout près.

Nous partons à travers la route encombrée d'arbres et, après avoir bien pataugé dans la boue, nous arrivons harassés de fatigue à *Terron-les-Vendresse.*

Avant d'arriver dans le village nous remarquons, non sans une certaine surprise, que des drapeaux blancs flottent sur les toits des maisons. Les habitants, dont le nombre est respectable, nous expliquent que la veille les Allemands, avant de partir, leur ont conseillé de prendre cette précaution, afin d'avertir l'artillerie française que le village se rendait. Ils auraient ajouté que, si cette précaution était prise, eux-mêmes ne bombarderaient pas le village pendant 24 heures sous condition de réciprocité. Mais ce délai n'est pas encore écoulé et déjà l'ennemi envoie des rafales. Nous cherchons à nous mettre à l'abri au grand étonnement des habitants qui ne se rendent pas compte du danger qu'ils courent, car ils ne savent pas ce que c'est qu'un coup de canon, n'en ayant jamais reçu pendant l'occupation allemande. A notre tour nous sommes étonnés de voir les femmes et les enfants se promener tranquillement dans le village et regarder avec curiosité les uniformes français, tandis que les obus sifflent au-dessus de nos têtes et que les explosions se suivent de près.

Nous ne restons ici que quelques heures et nous allons à *Vendresse* où nous arrivons au moment où le village reçoit un certain nombre d'obus allemands, malgré les drapeaux blancs. Il y a des blessés, dont un, mortellement touché, qu'on apporte sans connaissance au poste de secours. C'est un petit jeune homme de la classe 1918 et c'est lui qui a le triste privilège de clôturer la liste de nos blessés.

L'infirmerie est installée chez des habitants qui nous comblent de soins et de gâteries et ne savent que faire pour nous être agréables. Lorsque, gênés de voir tout le mal qu'ils se donnent, nous voulons les en empêcher, ils répondent que nous ne pouvons pas leur refuser le plaisir de se dévouer pour des soldats français, alors que, pendant de si longues années, ils ont été

obligés de servir les Allemands. Nous passons, de ce fait, l'une des plus agréables journées de la guerre.

Le lendemain matin, 8 novembre, le bruit se répand que les parlementaires allemands ont franchi les lignes. Personne n'ose le croire et la surprise est grande. Mais les journaux arrivent et confirment la nouvelle. L'émotion est considérable quoique nous n'osions pas trop nous réjouir, car les hostilités ne sont pas encore suspendues et il suffirait d'un seul coup de canon pour mettre fin à tous nos espoirs !...

De Vendresse nous allons à *Omicourt* qui est rempli de troupes, de sorte qu'on nous loge dans une grange où nous couchons par terre, sur de la paille couverte de boue. Mais cela nous est bien égal, maintenant que nous comptons les dernières heures de la guerre et que nous attendons avec impatience la nouvelle de la signature de l'armistice.

Dans la journée du 9 novembre, nous arrivons à *Saint-Aignan*, tout près de la Meuse dans les environs de *Sedan*.

On entend encore le canon et les mitrailleuses.

Le soir les fusées éclairent la plaine tout comme si la guerre continuait et nous passons des heures fiévreuses à nous demander si les Allemands accepteront ou non les conditions des alliés. On fait des pronostics, on discute, on s'impatiente et le temps semble long. Enfin, dans la matinée du 11 novembre, vers sept heures du matin, on nous annonce que l'*armistice est signé.*

La nouvelle est tellement prodigieuse qu'elle nous paraît invraisemblable. Comment ? On ne sera plus assourdi par le bruit du canon ? On n'entendra plus l'horrible sifflement des obus ? Il n'y aura plus de morts ni de blessés ? Le cauchemar a donc réellement pris fin ? Oui, cela est et cependant, contrairement à ce qu'on aurait pu croire, l'heureuse nouvelle est accueillie avec un calme déconcertant et sans aucune manifestation bruyante.

C'est que, si le danger n'existe plus, si le système nerveux va pouvoir se reposer, nous ne sommes pas encore au bout de nos peines.

La division est trop fatiguée et nous sommes trop sales et trop couverts de boue pour aller faire des entrées triomphales de l'autre côté de la Meuse. Une division fraîche nous remplace et nous faisons demi-tour pour aller au repos. Mais, avant d'y arriver, nous avons à couvrir plus de cent kilomètres à pied, à travers la zone dévastée de la Champagne pouilleuse en couchant dans des camps démolis, sans paille ni paillasses, ou sur des couchettes douteuses. .

C'est ainsi que crottés, fourbus, plus remplis de poux que jamais, nous arrivons le 21 novembre 1918 à *Saint-Rémy-sur-*

Bussy (Marne), premier village où nous sommes au repos depuis l'attaque qui a précédé l'armistice.

***

Un jour, depuis la cessation des hostilités, dans une ville à l'arrière du front, une dame, ne croyant pas m'être désagréable, me dit naïvement : « *les dentistes ont été les enfants dorlotés de la guerre et ils ont joui d'une situation privilégiée.* »

Je répondis par un sourire et je pris la décision de publier ces lignes, persuadé que mon histoire est celle de presque tous les dentistes régimentaires et de la plupart de mes confrères qui ont servi dans un groupe de brancardiers divisionnaires.

NÉCROLOGIE

Warnekros.

On annonce la mort subite, survenue le 29 mai, à l'âge de 64 ans, du Dr Warnekros, professeur d'Odontologie à l'Université de Berlin de 1888 à 1907, époque à laquelle il dut renoncer à l'enseignement pour raison de santé, et professeur extraordinaire de médecine depuis 1899 à la même Université.

On lui doit des travaux sur l'obturation des dents, sur la détermination des mouvements des maxillaires, sur les fractures des mâchoires, les fissures palatines et les obturateurs.



M. le Dr Augier, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa mère, décédée le 9 mai à l'âge de 59 ans.

***

Notre confrère, M. Lebled, D. E. D. P., d'Avranches, vient d'être cruellement atteint par la mort accidentelle d'un de ses enfants âgé de 5 ans.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Société d'Odontologie de Paris.

L'assemblée générale de la Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 6 juillet 1920, à 8 heures 1/2 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. le Prof. Retterer. — De la structure de la dent composée ;
2° M. Eilertsen. — Etude sur l'ivoire plastique, application à l'art dentaire, présentation de modèles ;
3° Rapport de M. V. E. Miégeville, secrétaire général ;
4° Renouvellement du bureau ;
5° Incidents de la pratique journalière ;
6° Questions diverses.

Le nouveau bureau est ainsi constitué :
Président : M. G. Villain.
Vice-présidents : MM. Pailliottin, H. Dreyfus.
Secrétaire général : M. Miégeville (V.-E.),
Secrétaire adjoint : M. Ruppe.

A. G. S. D. F.

Le Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F. s'est réuni le samedi 3 juillet, à 8 h. 1/2 du soir.

Après nomination des délégués à la F. D. N. il a approuvé les rapports du Conseil de famille, de la Commission syndicale et de la Commission de prévoyance.

Il a entendu ensuite les rapports des 4 commissions qu'il avait constituées dans sa séance du 21 février pour s'occuper respectivement des questions suivantes : impôts, fournisseurs, loyers, revendications du personnel.

Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face.

Le Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, fondé au lendemain de la déclaration de guerre à l'Ecole dentaire de Paris, s'est réuni le 1er juillet 1920, à 8 heures 3/4 du soir, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

Le Bureau a rendu compte de sa gestion financière et morale et a remis à chacun de ses collaborateurs une médaille frappée au nom du Comité à titre de souvenir de l'œuvre poursuivie pendant toute la durée de la guerre pour le soulagement des blessés.

Ecole dentaire de Paris.

Nominations dans le corps enseignant.

A la suite des concours que nous avons annoncés et qui ont été ouverts le 10 mai 1920, les nominations suivantes ont été prononcées dans le corps enseignant par décision du Conseil d'administration du 12 juillet :

Professeurs suppléants de dentisterie opératoire : MM. Bruschera, Morineau, G. Martinier.

Chefs de clinique de dentisterie opératoire : MM. Lubetzky, avec félicitations du jury, Godefroy, Wintergerst, Billoret, ces deux derniers *ex-æquo*.



Honorariat.

Par décision du même jour, M. Jeay a été nommé professeur honoraire.

Au Barreau de Paris.

Nous apprenons avec un grand plaisir que Me Ducuing, avocat à la Cour d'appel, professeur de droit médical à l'Ecole dentaire de Paris, a été élu membre du Conseil de l'ordre.

Nous lui adressons nos très vives félicitations.

Légion d'honneur.

Nous avons le vif plaisir de relever dans l'*Officiel* du 12 juillet, la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de notre excellent confrère, M. J. Vichot, de Lyon, au titre de médecin-major de 2e classe au 14e corps d'armée.

M. Vichot, qui est membre de l'A. G. S. D. F., est, comme on sait, président de la section d'Odontologie au Congrès de Strasbourg (A. F. A. S.) qui se tient du 26 au 31 juillet 1920.

Nous lui adressons nos chaleureuses félicitations.

Une école dentaire au Mexique.

Une école dentaire vient d'être inaugurée à Mexico. Le Mexique était dépourvu d'institutions de ce genre.

Clinique dentaire scolaire.

La municipalité de Vœrde (Allemagne) a décidé d'organiser les soins dentaires pour les enfants des écoles.

Mariages.

Le mariage de notre confrère M. le Dr André Jossu (de Nantes), décoré de la croix de guerre, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Edith Lorieux, a été célébré le 14 juin.



Le mariage de Mlle Germaine Douilly, ancienne élève de l'E. D. P., avec M. Maurice Béguin, architecte, décoré de la Croix de guerre, a eu lieu le 30 juin.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Les Facultés de pharmacie.

Par décret du 14 mai 1920 (*Journal officiel* du 22 mai), les écoles supérieures de pharmacie, dont le siège social est à Paris, Montpellier, Nancy et Strasbourg, prennent le nom de *Facultés de pharmacie.*

Syndicat régional des dentistes français de l'Alsace et de la Lorraine.

L'Assemblée générale de ce Syndicat tenue à Strasbourg le 20 mai 1920 a constitué son Comité ainsi :

Président : Roth, Alfred (Strasbourg).
Vice-président : Rœppel (Mulhouse).
Sécrétaire : Morgenroth (Sarreguemines).
Secrétaire adjoint : Frey (Thionville).
Trésorier : Attig (Mulhouse).
Trésoriers adjoints : Pracht (Boussviller), Rœs (Colmar).
Le secrétariat est à Sarreguemines, 14, rue Général-Gremer.

40e ANNÉE. N° 8 30 AOUT 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA RADIOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES LÉSIONS PÉRIAPICALES

Par M. Paul AIMÉ.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 2 mars 1920).

Permettez-moi, tout d'abord, de remercier M. Blatter des paroles très élogieuses qu'il m'a adressées et de joindre mes sincères félicitations à celles que vous lui avez si chaudement exprimées tout à l'heure pour la haute distinction dont il vient d'être l'objet.

Le but de la communication que je vais avoir l'honneur de vous faire n'est pas de vous apprendre des choses absolument nouvelles.

La radiographie des dents se fait depuis longtemps et vous ne l'ignorez certainement pas. Je désire seulement, en vous présentant quelques clichés bien choisis, vous faire voir de plus près la place importante que doit tenir aujourd'hui l'examen radiologique en odontologie et les renseignements très précis fournis par cet examen même au début des lésions.

Comme l'écrit mon excellent collègue et ami le docteur J. Belot, « mieux que toute autre exploration, la radiographie renseigne sur les limites des lésions apicales et périapicales ; elle montre l'existence et les dimensions du kyste, la propagation de l'infection à la dent voisine ou sa limitation à la dent incriminée ».

Je m'occuperai spécialement ce soir de la question des lésions apicales et périapicales en vous faisant défiler sur l'écran les différents aspects radiologiques qu'elles présen-

tent depuis le début de leur évolution jusqu'à leur développement extrême.

Tout d'abord, je crois indispensable de vous montrer une radiographie de dents normales. Ce cliché a été pris par le procédé de la plaque intrabuccale par projection à 45°. Il vous montre un maxillaire supérieur au niveau des incisives. Il s'agit dans le cas particulier d'une absence d'incisives latérales.

Les alvéoles sont plus écartés les uns des autres et j'ai

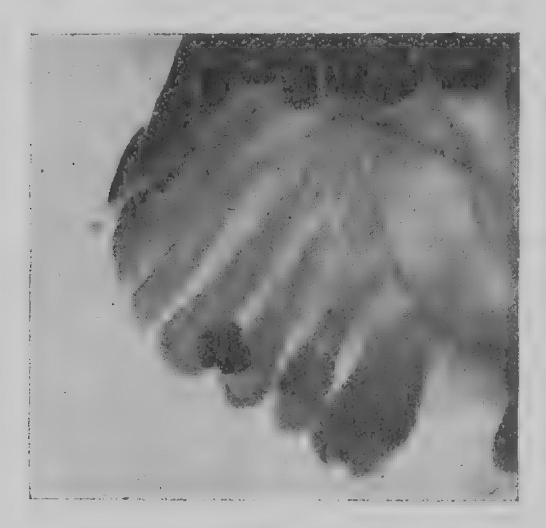


Fig. 1.

pensé que cette circonstance était favorable à la démonstration.

Vous voyez bien la structure du maxillaire, le pourtour de la paroi alvéolaire dans laquelle est placée la dent. L'intervalle entre la dent et la paroi alvéolaire est très mince et très régulier. L'apex est bien limité. La transparence de la dent et du maxillaire sont bien uniformes. C'est une dent saine dans un maxillaire sain.

Cet autre cliché qui est sur le mégaloscope vous montre un maxillaire inférieur sain. Il a été pris par le procédé de la plaque extra-buccale en plaçant l'ampoule de façon à bien dédoubler les deux maxillaires pour éviter la superpo-

sition. Vous voyez le sillon du nerf dentaire, la structure osseuse et les alvéoles avec leurs racines comme dans le cliché précédent.

Si nous jetons un coup d'œil sur cet autre maxillaire supérieur *(fig. 1)* nous pouvons penser au premier abord qu'il est aussi sain que le précédent. Ce n'est que par un examen attentif que nous découvrons au niveau de l'apex de la première prémolaire une zone vermiforme plus transparente. Cette zone transparente est une zone périapicale



Fig. 2.

de raréfaction osseuse. Il s'agissait au point de vue clinique d'une malade qui présentait des phénomènes douloureux de la région des prémolaires, sans qu'il fût possible de dire laquelle des deux était en cause. Extérieurement aucun signe ne permettait de dire quelle était la dent malade. L'examen clinique le plus complet et le plus minutieux était négatif.

La zone de raréfaction périapicale montrée par la radiographie permit d'affirmer qu'il y avait là un centre d'inflammation et par conséquent expliquait la douleur. Muni de ce précieux renseignement, M. Jeay fit un curettage et ramena des fongosités, mais pas le moindre liquide kystique. Il

s'agissait d'un granulome de l'apex de la première prémolaire. La malade traitée ainsi en temps opportun vit ses douleurs disparaître et garda sa dent.

Voici maintenant une série de clichés qui vous montreront le même genre de lésions, mais à des stades plus avancés. Vous voyez toujours une zone de raréfaction en forme



Fig. 1.

de coiffe ou de croissant surmontant l'apex. Un kyste au début donne une image analogue. Voici maintenant quelques radiographies de kystes du maxillaire supérieur (*fig. 2*) et du maxillaire inférieur (*fig. 3*), vous montrant la déformation des racines et précisant les limites de la cavité kystique.

La question des zones de raréfaction apicales et périapicales est intéressante à connaître particulièrement quand il s'agit de piliers de bridge. Une dent bien préparée et dont l'apex a été bien désinfecté ne donne jamais de zone

de raréfaction. Il est donc très important avant de bâtir son appareil de vérifier non seulement cliniquement, mais encore radiologiquement, l'état de la dent qui servira de support. Voici un cliché qui vous montre l'état d'une dent sur laquelle est vissé un pivot depuis 15 ans. Sa racine ne présente pas de lésion.

Voici par contre un pilier postérieur de bridgé dont le mauvais état saute tout de suite aux yeux.

Voici enfin quelques clichés destinés à vous montrer les dangers auxquels on s'expose quand on met un bridge sur une mauvaise dent. Il s'agit d'un appareil posé il y a un an à l'étranger. Le kyste qui s'est développé aux dépens de la première molaire a gagné toute la partie antérieure du maxillaire inférieur jusqu'à la canine de l'autre côté. La radiographie montra l importance de la lésion et les limites exactes du kyste à la grande satisfaction du chirurgien chargé de l'intervention. Un cliché extra-buccal, dont voici l'épreuve, complète heureusement les données des clichés intra-buccaux.

Voici encore un bel échantillon de kyste du maxillaire inférieur. Je pense qu'il est inutile d'insister pour vous faire comprendre l'importance du diagnostic précoce, grâce à l'examen radiologique. Il ne faut pas d'ailleurs croire que toute dent qui possède un liseré périapical est incapable de supporter un appareil de prothèse.

Si ce liseré est régulier sur tout le pourtour de la cavité alvéolaire, il indique simplement un épaississement du ligament alvéolo-dentaire, épaississement qui n'est pas dû à une infection en cours, mais doit être considéré comme le résultat d'une inflammation ancienne cicatrisée.

Pour terminer, permettez-moi de vous mettre en garde contre les excès de l'examen radiologique. Car s'il faut lui réserver la bonne place qu'il mérite, il ne faut pas croire qu'il tient lieu de tout. En pathologie, d'une façon générale, l'examen clinique doit toujours garder la première place. L'examen radiologique, comme l'examen bactériologique ou chimique, sont ses auxiliaires très précieux, souvent

même indispensables, et c'est pour cela que je suis venu ici ce soir, ayant toujours pensé qu'un radiologiste ne peut travailler utilement qu'en collaboration étroite avec les cliniciens, qu'ils s'occupent des dents ou de toute autre partie du corps.

OBSERVATION SUR UNE ÉRUPTION TARDIVE, DES DEUX PRÉMOLAIRES INFÉRIEURES DU COTÉ GAUCHE, CHEZ UN SUJET AGÉ DE 73 ANS

Par WALLIS-DAVY,

Chef adjoint des travaux pratiques de prothèse à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 2 mars 1920).

Mme L..., âgée de 73 ans, se présente à la clinique pour se faire confectionner un appareil.

L'*articulation* n'offre rien de particulier.

Il reste au maxillaire supérieur	8|	3|	|3	|4
» » » » inférieur	4|	2|	|4	|5

Les gencives ne présentent qu'un peu d'inflammation, au niveau du collet des dents restantes, provoquée par du tartre.

Les deux prémolaires du côté gauche sont en évolution tardive. Il y a trois ans environ que l'évolution a commencé.

La malade est en bonne santé et n'a jamais été malade.

Elle a été mariée, mais n'a jamais eu d'enfant.

Elle prétend que ses parents étaient sains.

La mère est morte à 59 ans, enlevée en trois jours par une phtisie galopante.

Le père est mort à 76 ans.

La malade répond à chaque question qu'elle ne se souvient pas. Elle ne peut donc pas nous renseigner.

Ces retards, dans l'évolution, ont été cause que les auteurs anciens ont cru avoir observé une troisième dentition, mais aucun cas n'a été scientifiquement démontré, et ce que nous savons des phénomènes intimes de l'évolution

du follicule nous oblige à soutenir qu'au point de vue physiologique une telle reproduction de dents est impossible chez le vieillard.

Par contre, les auteurs nous signalent des éruptions très retardées et authentiques : DECHAMBRE, dans le dictionnaire encyclopédique, nous dit que ces éruptions sont toujours précédées ou accompagnées de quelques troubles précurseurs ou concomitants.

Ainsi dans deux cas présentés par Le Gendre et Casse, le phénomène avait été précédé de phlegmon et d'abcès au milieu desquels la dent avait fait son apparition.

Notre malade prétend ne pas avoir eu d'accidents semblables.

Les deux cas ci-dessus, ont été publiés par MAGITOT dans son traité des anomalies. Il signale en outre trois autres cas sans nous éclairer davantage sur les causes.

Il prétend que le mécanisme de ces retards est insaisissable.

Il l'attribue au manque de place.

Il a remarqué que souvent la deuxième prémolaire, l'inférieure surtout, présente cette anomalie et que cette dent, apparaissant à la fin de la deuxième dentition, trouve souvent une place assez restreinte. Cette circonstance, qui, parfois entraîne une déviation de direction, peut aussi amener un notable retard ou même la rétention et l'atrophie du follicule qui reste inclus dans le maxillaire.

Il est certain qu'un mauvais état général influe sur les retards de l'évolution des dents ; mais la patiente, malgré son âge, est en bonne santé et n'a jamais été malade.

Nous pouvons envisager deux hypothèses :

Première hypothèse. — Les dents ont subi un arrêt dans leur développement et, après un certain temps, l'ont repris. (Il est peu probable que les choses se soient passées ainsi).

Deuxième hypothèse. — Les dents n'ont pu faire éruption, la persistance des dents de lait ne le leur ayant pas permis.

Dans cette deuxième hypothèse, nous devons considérer deux choses.

1° *Ou les dents ont des racines de longueur normale*, et dans ce cas leur évolution anormale a dû être accompagnée de phénomènes inflammatoires et de douleurs dues à une lésion du nerf dentaire inférieur.

2° *Ou les racines sont très courtes* et n'ont pas entraîné de lésion du nerf dentaire.

La deuxième hypothèse me semble de beaucoup la plus vraisemblable, trouvant plus naturel que deux dents n'ayant pas de place pour faire éruption se développent à l'intérieur du maxillaire, que de les voir, après avoir subi un arrêt dans leur développement, le continuer soixante ans plus tard.

Si nous acceptons la deuxième hypothèse, nous nous expliquerons très bien que, la malade étant en plein phénomène de résorption du maxillaire, la disparition de toute la partie alvéolaire nous découvre ces deux dents incluses.

La lenteur de leur évolution semble correspondre au temps mis par le maxillaire à se résorber. Après trois ans, les deux faces triturantes seules apparaissent.

Comme elles ne présentent aucune trace d'érosion, je rejette tout ce qui pourrait concerner l'hérédité et je conclus à une rétention dans le maxillaire due à la persistance des dents de lait, et j'attribue l'éruption à la résorption du maxillaire.

QUELQUES REMARQUES DE PHYSIQUE ET DE CHIMIE DENTAIRES

Par Marcel BOLL,

Professeur agrégé de l'Université, Docteur ès sciences,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Je désirerais présenter pour les lecteurs de *L'Odontologie* quelques brèves observations au sujet des deux

remarquables communications de MM. Ch. Bennejeant[1] et Maurice Roy[2], dont je n'ai pris connaissance qu'à leur publication dans le numéro du 30 juin 1920.

1° J'approuve pleinement l'introduction, dans l'enseignement de notre école, des notions de métallurgie dentaire, au sens où l'entend M. Bennejeant (p. 294) ; et je suis d'autant plus à l'aise que je leur ai consacré une place très importante dans mon cours, comme on pourra s'en rendre compte par le programme détaillé que j'ai rédigé pour la brochure de l'École dentaire de Paris pour 1920-1921 (actuellement sous presse). Je me bornerai à signaler ici :

a) Que, dans mon *cours de physique*, sur les 10 leçons employées à l'exposé de la mécanique, trois d'entre elles ont été réservées à la résistance et à la déformation des matériaux (traction, compression, flexion, torsion, cisaillement), ainsi qu'aux diverses formes du travail des matériaux (par déformation, par usure et par division) ;

b) Que, dans mon *cours de chimie*, dans les 9 leçons qui constituent l'exposé des propriétés des métaux, alors que l'extraction des métaux de leurs minerais n'est rappelée que très brièvement et pour mémoire, au contraire, j'ai cru bon de développer en trois leçons : les propriétés mécaniques des métaux et des alliages (élasticité et ténacité ; malléabilité et ductilité ; dureté ; fragilité) ; la structure des métaux ; les modifications des propriétés des alliages (impuretés ; écrouissage, récrouissage, recuisage ; trempe, revenu, recuit) ; la constitution et la solidification des alliages (formation de corps simples, de composés chimiques, de solutions solides et d'eutectiques).

Cet enseignement sera sans doute encore plus étendu à partir de l'année prochaine, puisque j'ai demandé à notre directeur des études, M. Georges Villain, d'augmenter

1. Ch. Bennejeant. — La métallurgie appliquée à l'Art dentaire. *L'Odontologie*, juin 1920, p. 293.
2. Maurice Roy. — Décomposition électrolytique de métal dans la bouche. *L'Odontologie*, juin 1920, p. 314.

légèrement le nombre de séances qui sont consacrées aux cours de physique et de chimie.

2° M. Maurice Roy a eu raison de signaler les inconvénients qui résultent de l'emploi, en dentisterie, de deux métaux différents (surtout lorsque leurs électropositivités sont très inégales) : il y a formation d'une pile électrique (du genre de la pile Volta, mais non une pile Volta, dont les pôles sont du cuivre et du zinc), d'où attaque[1] électrolytique du métal le plus électropositif.

Je serai plus affirmatif que M. Maurice Roy au sujet de l'expérience de M. Foveau de Courmelles : l'écart des feuilles d'or est dû vraisemblablement à ce que les deux plateaux de l'électroscope-condensateur sont en général constitués par deux métaux différents, et l'expérience réussirait si l'on remplaçait la « pomme de terre mastiquée » par du talc imbibé d'eau salée. C'est qu'en effet il est inexact de dire que « toute réaction chimique produit un courant électrique » : les réactions de la chimie organique et de la chimie biologique ne sont *jamais* accompagnées de production de courant électrique ; toutefois, si l'on place les corps qui *résultent* de la réaction entre les deux pôles d'une pile et s'il s'est formé un acide, une base ou un sel, le pôle le plus électropositif sera alors attaqué par suite d'une *nouvelle* réaction et l'appareil (électroscope ou galvanomètre) déviera.

Enfin, « l'association d'or et d'étain » que M. Maurice Roy signale plus loin n'est certainement pas non plus de nature électrique ; c'est un phénomène de *diffusion* de deux solides l'un dans l'autre, bien connu depuis vingt ans à la suite des expériences de Spring.

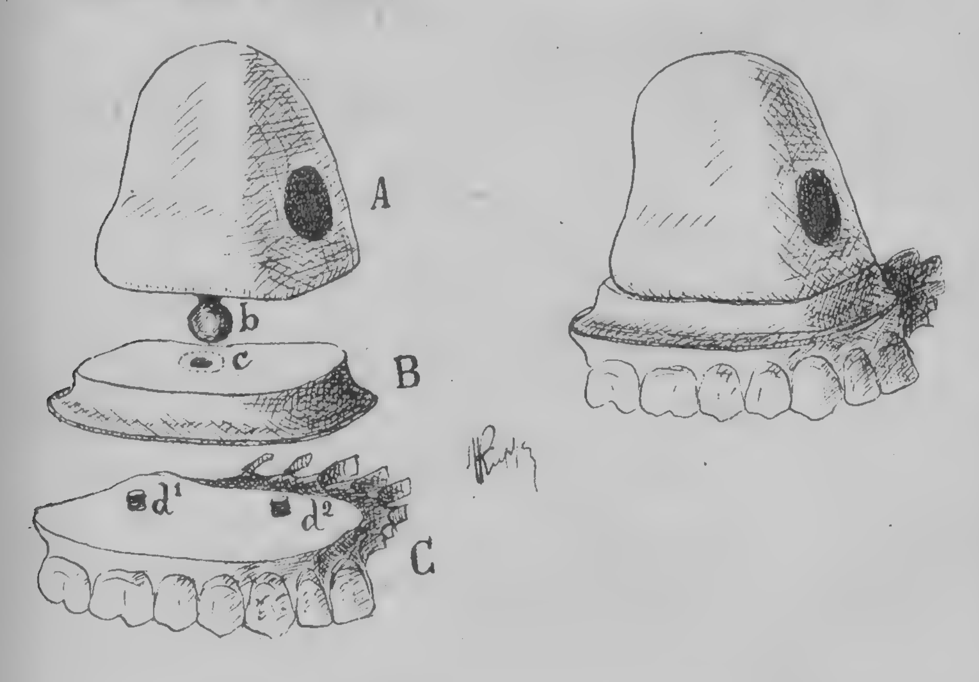
1. Il n'y a pas, à proprement parler, « décomposition » du métal, puisque c'est un corps simple.

PRÉSENTATION D'UNE MALADE AYANT SUBI L'ABLATION DU MAXILLAIRE SUPÉRIEUR DROIT

Par Louis RUPPE,
Chef de clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

(Société d'Odontologie, 2 mars 1920.)

M. Blatter, notre président, ayant examiné à la clinique de prothèse restauratrice la malade ici présente, m'a prié de vous la présenter ce soir pour vous montrer son appareil et la façon dont les tissus le tolèrent.



L'appareil que j'ai construit en mai 1919 avec mon ami Prost est de conception semblable à celui que j'avais fait en 1913[1] pour un cas analogue. Cet appareil était composé de deux pièces séparées par une rondelle de succion et de petits morceaux de caoutchouc mou. Or, dans celui que je vous présente ce soir, la *pièce restauratrice*, au lieu d'être en argent, est en caoutchouc noir pur, cuit normalement, donc dur, la pièce est polie et présente un large tube de respiration A en correspondance avec la narine,

1. *Odontologie*, 30 juin 1913, appareil après ablation d'un maxillaire supérieur.

les tampons de caoutchouc de la pièce 1913 se sont transformés en une grande plaque épaisse de caoutchouc mou pleine B, qui assure l'obturation de l'entrée de la cavité pathologique.

La pièce restauratrice creuse dure A porte à sa face inférieure une boule de maillechort b qui s'enfonce dans un logement sphérique concave c ménagé dans la partie supérieure de la pièce molle obturatrice B ; cette dernière est réunie à la plaque dentaire C par deux vis d^1, d^2.

Il résulte de nombreuses observations et essais que la meilleure substance à mettre en contact avec les tissus cicatriciels ou la muqueuse nasale est le caoutchouc vulcanisé dur (noir pur) parfaitement poli.

Cette malade a porté un mois une balle creuse en caoutchouc mou qui n'a pu être tolérée.

ADJONCTION D'UNE PIÈCE SUPPLÉMENTAIRE AUX MOUFLES, POUR ÉVITER LA FRACTURE DU PLATRE QUI MAINTIENT LES DENTS ARTIFICIELLES

Par Louis RUPPE,

Chef de clinique à l'École dentaire de Paris.

(Société d'Odontologie, 2 mars 1920.)

Pendant le bourrage des dentiers comportant des dents artificielles pleines, montées sur fausse gencive, il arrive fréquemment que le plâtre qui maintient les rapports de ces dents avec le moulage du palais ou des crêtes de la mâchoire inférieure, cède et se fragmente sous la pression exercée sur le caoutchouc.

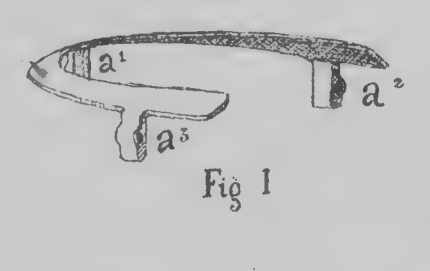


Fig 1

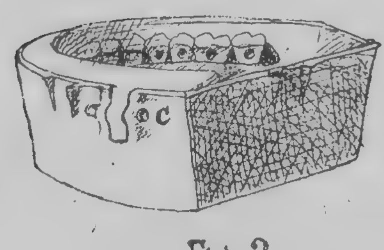


Fig 2

Les fractures de cette partie du moule de plâtre peuvent avoir des conséquences fâcheuses, car si les fragments sont nombreux et ne se remettent pas bien en place au dernier serrage des deux parties du moufle, les dents n'auront pas sur le dentier en caoutchouc le même emplacement qu'elles avaient sur la pièce en cire et que si l'articulation avait été soigneusement étudiée et établie et alors tout ce laborieux travail sera détruit.

Pour éviter ces désagréments je propose d'adjoindre au moufle un petit fer à cheval movible, fig. 1, que l'on place au moment de la mise en moufle de la première partie. Cette pièce qui a trois pattes a^1 a^2 a^3 fig. 1, est fixée au moufle par trois goujons C, fig. 2, elle renforce la partie de plâtre qui tient les dents et, en évitant la fracture de ce point si important du moufle, elle permet de sortir des pièces en caoutchouc vulcanisé identiques à la pièce en cire [1].

---

1. Je vous soumets ce modèle avant qu'il soit fondu, afin de profiter des critiques qui me seront faites.

M. Ed. Libert, 6, boulevard de la Gare, Le Plant Champigny, veut bien se charger de la fabrication de ces moufles, je l'en remercie beaucoup.

L. R.

REVUE DES REVUES

CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES DANS LES COURONNES ET LES BRIDGES

Par Edwin H. MAUK.

Nos bridges sont toujours posés dans les conditions en présence desquelles nous nous trouvons et non de celles que nous voudrions avoir.

Quels sont les principes fondamentaux nécessaires au succès de la prothèse des couronnes et des bridges ?

1° *Intégrité physiologique de tous les éléments anatomiques de support et de tous les tissus de revêtement, c'est-à-dire un degré d'activité fonctionnelle possible seulement à des structures anatomiques exemptes de lésions pathologiques, chroniques ou aiguës.*

Cela comprend les dents piliers, la pulpe, la membrane péridentaire, l'alvéole, le procès alvéolaire, le périoste, les tissus épithéliaux, les nerfs et les vaisseaux sanguins qui les alimentent.

Cela élimine l'emploi comme piliers des dents ayant des abcès ou des granulomes ou présentant une perte étendue d'alvéole et de membrane péridentaire déjà survenue ou en cours, résultant de la pyorrhée ; cela élimine aussi l'emploi de zones spongieuses ou congestionnées de la muqueuse comme supports pour les selles.

Pour répondre à ces besoins avant tout il ne faut pas de demi-mesures. L'intégrité physique et la masse visible des dents supportant un bridge n'ont rien à voir là dedans.

S'il y a assez de dent visible à chaque extrémité ou même à une extrémité d'un espace, pour avoir prise avec un mode de fixation quelconque, le *joaillier dentaire* asseoit là-dessus sa pièce, sans se préoccuper des conditions morbides du dessous. Peut-être l'asseoit-il sur une selle et la laisse-t-il flotter sur des foyers de pus et des gencives suppurantes.

Nous avons indiqué la véritable fondation de notre bridge ; les dents ne sont que des anneaux de liaison. Il n'y a pas de chaîne plus forte que son anneau le plus faible ; de même, il n'y a pas de construction meilleure que sa fondation.

Qu'arrive-t-il quand un bridge est placé sur des racines dont les tissus sont malades ou d'un ton physiologique inférieur

à la moyenne ? On demande à certaines de supporter un fardeau pour lequel elles ne sont pas faites, même à l'état normal.

S'il est nécessaire de recourir au davier et à la curette pour obtenir un ton physiologique des tissus de support qui soit une condition favorable, ne pas temporiser quand même l'enlèvement des dents et des portions nécrosées serait assez étendu pour exclure l'emploi d'un bridge.

La crainte d'une pièce de la part du patient et la tentation du dentiste de conserver les piliers quand ils sont bons dicte leur enlèvement. Le dentiste n'a pas le droit de compromettre son travail par un état pathologique dans l'espoir que le bridge durera un peu, sans causer de préjudice au patient. Il ne saura éviter sa responsabilité sous prétexte que le patient avait besoin d'une pièce.

Aucun bridge ne devrait être projeté sans examen radiographique des piliers proposés et des zones les entourant, non seulement pour diagnostiquer les conditions morbides possibles, mais encore pour le pronostic basé sur la dimension et la forme des racines révélées par les rayons X.

2° *Support approprié pour la structure du bridge proportionné au rôle qu'on lui demande.*

Cela élimine l'emploi de longs bridges sur deux piliers, quatorze unités de bridges sur quatre piliers et culées, quand il y a, en face des dents naturelles, des bridges à extrémités lâches d'une ou de plusieurs arches et sans éperon sur l'extrémité libre.

Que dirait-on de l'ingénieur qui construirait un pont long sur deux piliers quand il sait qu'il en faut quatre ? Cela n'a pas de rapport, répondra-t-on, parce que l'ingénieur n'est pas limité aux piliers existants et peut en construire autant qu'il veut, s'il lui en faut. Pas toujours et quand il rencontre ce cas, il ne construit pas un pont, mais un bateau transbordeur.

Il est impossible de poser une règle infaillible sur le nombre d'unités permises pour chaque pilier, car il entre en jeu trop de facteurs pour rendre cela pratique. Toutefois nous pouvons dire qu'une unité par pilier ne peut être dépassée sans risque d'ébranlement et de perte des piliers. Cela s'applique principalement aux unités destinées à la mastication, mais peut souvent être modifié. On peut rarement compter sur des unités latérales pour supporter même cette proportion de charge supplémentaire. On remarquera que cela double exactement le travail demandé à une dent et à ses attaches quand on s'en sert comme d'un pilier. On objectera que l'effort peut être réparti en plus forte proportion sur les piliers à plusieurs racines et ne pas être imposé à celui qui n'a

qu'une racine. Cela peut être vrai dans une position unique — l'occlusion centrale — mais non dans un mouvement latéral de la mâchoire inférieure.

Les couronnes courtes et les longues racines modifient cette proportion, de même que la force développée pendant la mastication est par là de beaucoup réduite, tandis que la résistance du pilier est augmentée dans une proportion beaucoup plus grande. Là encore la radiographie a une valeur incalculable pour déterminer quel est le support convenable.

Le bridge droit et le bridge courbe. — Un bridge allant d'une canine à une autre canine est soumis à une tension tout à fait différente de celle d'un bridge d'égale longueur posé distalement sur une canine. Avec des supports de même valeur le bridge courbe tombera le premier en raison de l'action exercée. Tous bridges étendus ou à extrémités lâches avec supports à une extrémité seulement sont exposés à cette limitation imposée par cette action et leur valeur, par suite, est extrêmement douteuse, même s'ils sont construits en partie sur des selles, fixes ou amovibles.

Selles. — L'appui que l'on escompte de la part des petites selles pour supporter l'effort de la mastication, en particulier l'effort latéral, et pour enlever cette tension des piliers, est un leurre. Quand on fait des selles destinées à couvrir une surface suffisante pour enlever cette tension avec succès, la structure devient en réalité une pièce partielle.

Les petites selles (couvrant à peu près le double de la zone des faces occlusales des dents qui les supportent) cessent d'agir rapidement, car la résorption se produit au-dessous au fur et à mesure de la mastication. Lorsqu'un point où les dents sur la selle sont soulagées de la majeure partie de la force d'occlusion est atteint, le bridge n'a plus d'effet dans la mastication. Si l'on ménage sur les piliers des arrêts mécaniques qui entravent l'appui avant que la limite de résorption soit atteinte, la selle n'offre plus de support, la charge étant transférée aux piliers. Ces petites selles doivent donc être utilisées non pour supporter la force de mastication, mais comme des bases sur lesquelles se terminent et finissent les formes de contour en contact avec les muqueuses et pour bloquer partiellement les aliments triturés qui autrement seraient inclus entre deux unités, piliers et tissus mous. Cet emploi doit être limité aux bridges amovibles et est contre-indiqué dans tous les bridges fixes.

La seule condition qui puisse être considérée comme favorable pour un bridge à extension, c'est quand l'extension forme un bras

relativement court, comparativement à la longueur totale du bridge et quand le pilier à partir duquel l'extension est faite a un support particulièrement fort dans l'alvéole.

Par exemple une extension consistant en une unité (molaire) peut être faite à l'extrémité distale d'un bridge à 4 unités de la cuspide à la première molaire, pourvu que le pilier molaire ait des racines divergentes bien développées et que l'articulation soit courte.

Cela répond aux besoins d'un support approprié, quoiqu'il y ait d'autres objections à ce système. Autre cas où une extension est permise : celui d'une incisive latérale à l'extrémité antérieure d'un bridge semblable à celui qui vient d'être mentionné.

Les bridges à extrémité lâches, avec support à une extrémité seulement, soumettent leurs piliers à un effort de torsion, en plus de l'effort vertical et latéral, qui ne peut être considéré que comme extrêmement défavorable. Les éperons reposant dans des dépressions ou des obturations dans les dents voisines suffisent souvent pour changer cela en une condition favorable, permettant l'emploi de plus d'une unité.

Toutes les considérations précédentes quant au support approprié sont modifiées par la présence de dents artificielles opposées. Des conditions nettement défavorables, créées par un nombre excessif d'unités par pilier quand il y a des dents naturelles en opposition, deviennent favorables si le même bridge est en présence de dents artificielles.

Des conditions favorables ne peuvent jamais être assurées pour le type de bridge à extension employé quelquefois pour remplacer des molaires et une bicuspide d'un côté seulement, n'ayant pour support qu'une ou deux dents à son extrémité antérieure et une selle.

3° *Protection des tissus mous par le contour en accord avec l'anatomie dentaire.*

Cela n'exige pas une reproduction servile de chaque creux, ligne, angle, sillon ou rainure de la surface des dents naturelles, car quelques-unes de ces caractéristiques, par exemple les fissures et les creux entre les lobes de calcification, sont des défauts de structure. Cela exige l'observation stricte des masses protégeant les tissus interproximaux et les gencives : points de contact, parties rebondies ou effilées des surfaces d'émail, spécialement aux gencives, inclinaisons de ces surfaces qui chassent des masses d'aliments fibreux sur les bords gingivaux, enfin toutes les surfaces indiquées comme retenant les débris alimentaires le moins possible.

Black a montré combien il importe au succès des obturations d'observer les moindres détails d'anatomie. Une obturation est une restauration *d'une portion* de couronne. Il importe bien davantage d'observer chaque trait d'anatomie pour restaurer la couronne *entière* d'une dent. Le dommage causé par un bridge aux tissus mous de la bouche et les conditions pathologiques qui en résultent entraînant la perte du tissu et des piliers — mais ne se terminant pas toujours là, — constitue un des principaux éléments dans l'objection presque générale aux bridges.

Les unités de bridge et de couronne dont les côtés présentent des lignes droites parfaites occluso-gingivalement peuvent constituer un mécanisme pour le broyage des aliments aussi efficace que si ces lignes étaient courbes. Mais nous savons par l'étude de l'évolution que les courbes et les saillies sur les côtés des dents ont un but, que nous avons à rechercher pour en tirer parti quand nous l'avons trouvé.

Il ne suffit pas qu'une couronne touche simplement sa voisine dans l'arcade, même si la voisine est artificielle, et qu'il n'y ait pas de danger de carie sur ces deux surfaces. Le contact doit avoir une forme définie placée dans une zone définie, bucco-lingualement et gingivo-occlusalement, s'il s'agit de protéger le tissu gingival interproximal des aliments fibreux qui y sont chassés. Les fibres doivent être courbées, brisées et renversées sur l'ouverture gingivale.

Il est plus aisé de faire une couronne circulaire qu'avec des angles ou de la conformer aux sections transversales géométriques des dents ; cependant chacune de ces variations a sa raison d'être et son but. *Il ne suffit pas* de tailler le bord d'un ruban et de lui faire suivre la courbure de la gencive, de faire la fin d'une couronne, à sa jonction avec le moignon, continue et au niveau de la surface de la dent s'étendant apicalement. La taille, l'épaisseur, la masse de la dent primitive ou idéale, en ce point, doivent protéger les tissus gingivaux. *Il ne suffit pas* de donner des faces courbes à une couronne. Chaque élément de la courbe d'une face buccale ou linguale a une relation avec les tissus mous et l'inclinaison de cette face dans son ensemble sur la ligne de force d'occlusion affecte aussi les tissus environnants.

Pour diverses raisons, surtout dans un bridge fixe, il n'est pas aisé de faire des unités ayant à leur base la totalité des dimensions et des contours des dents qu'elles remplacent. Quelle que soit leur forme, il y a des zones que n'atteignent pas la langue, les lèvres, ni les masses alimentaires dans leurs mouvements. Ces zones doivent donc être l'objet d'un soin spécial pour être accessibles au nettoyage par le patient et pour réduire au minimum leur

tendance à retenir les débris. Des surfaces convexes et un espace suffisant entre les collets des dents artificielles et la muqueuse pour laisser passer les appareils de nettoyage sont des conditions favorables qu'il est essentiel d'assurer dans ce cas particulier.

4° *Articulation normale comportant aussi occlusion normale.*

Incompatible avec

A) L'emploi des dents si pointues dans chaque sens qu'elles perdent la fonction de la moitié de la face occlusale ou plus sans rétablir la fonction perdue.

B) Le placement de bridges en opposition avec des dents débordant notablement les faces occlusales des dents adjacentes.

C) L'emploi de faces occlusales qui sont simplement l'inverse des dents opposées et non la forme de dents véritables.

Après avoir assuré toutes les conditions favorables qui précèdent, nous arrivons au dernier des problèmes à résoudre, l'unique chose sans laquelle la structure est sans valeur : les relations fonctionnelles normales des faces occlusales de nos bridges et couronnes avec leurs antagonistes.

Maint bridge ayant causé la perte prématurée de ses piliers rendrait encore des services si l'on avait observé l'articulation et l'occlusion anatomiques.

Combien de temps durerait une pièce d'engrenage de transmission bien ajustée dans laquelle l'une des parties est plus longue que les autres ?

Juste une révolution et la dent, les coussinets ou la charpente de support seraient brisés.

Cette situation est analogue à celle d'un bridge ayant un cuspide qui est en occlusion sans pression inutile, mais qui forme le point de contact pendant un mouvement latéral de la mâchoire inférieure ; les structures de support n'étant pas rigides cèdent sous ce mouvement répété des centaines de fois à chaque repas, les piliers et la dent opposée deviennent chancelants avec inflammation consécutive. L'usure du point surélevé se produit avec le temps et les symptômes diminuent. Mais envisageons un bridge avec une série de plans inclinés, qui, quoique fermant sans inconvénient, reçoivent toute la force des muscles masticateurs en articulation L'ensemble des surfaces est trop grand pour s'user facilement et le déplacement des piliers se fait journellement par une série de chocs. Aucun tissu, quelque élastique qu'il soit, ne peut résister à cette action et il se produit un ébranlement constant des attaches péridentaires dans des alvéoles qui s'élargissent sans cesse avec tous les maux que cela entraîne.

Beaucoup de maux résultant des deux types de bridge seront

prévenus par l'application des principes de l'articulation anatomique. Pour cela il ne suffit pas d'essayer les modèles de cire et nos formes de cuspides coulées ou estampées dans la bouche, sculptant ou meulant les pointes élevées. Quand on double ou triple la pression sur les piliers en leur faisant supporter des bridges, quoi de plus important que d'assurer les bords tranchants et broyants les plus parfaits, et sur les bridges eux-mêmes ?

Deux surfaces planes opposées peuvent broyer des aliments si elles sont mues par une force suffisante et retenues par une résistance suffisante Certains supports utilisables pour le bridge n'offrent pas cette résistance, quoique le pouvoir de mastication soit grand.

Des éminences légèrement arrondies et des rainures entre elles représentent la grande majorité des couronnes et des bridges qu'on a vus. Une autre conception semble consister dans une empreinte renversée des dents opposées. Cela peut donner une adaptation parfaite d'une surface opposée dans une autre, mais ce n'est conforme à aucun principe d'articulation.

L'occlusion et l'articulation ne peuvent être obtenues que par un type de cuspide s'adaptant dans la rainure, avec son propre chemin pour mouvements latéraux. L'efficacité ne peut être obtenue que par l'emploi et même l'exagération de chaque crête, cuspide, sillon ou rainure intervenant dans la trituration des aliments. Les matières elles-mêmes que nous travaillons nous imposent des limites. L'or et ses alliages sont trop mous pour conserver des bords tranchants, la porcelaine ne se prête pas à la sculpture et doit être meulée et cuite pour chaque cas.

En résumé, ne pas perdre de vue les indications favorables pour un bridge dans un cas donné. Ne pas infliger à un patient un bridge qu'on ne supporterait pas dans sa propre bouche dans des conditions semblables.

Les principes énoncés peuvent ne pas constituer tout ce qui est essentiel pour déterminer où et comment un bridge doit être placé ; mais il est certain que la négligence de l'un d'eux aura pour conséquence une réduction de la durée du service de ce bridge.

(*The J. of the Nat. Dent. Ass.*, juin 1919).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du 2 mars 1920

PRÉSIDENCE DE M. BLATTER.

La séance est ouverte à 9 heures.

I. — PROCÈS-VERBAL.

Le procès-verbal de la séance du 4 novembre publié dans *L'Odontologie* du 30 janvier est mis aux voix et adopté.

M. Roy. — Je crois que nous manquerions à tous nos devoirs si, avant d'aborder notre ordre du jour, nous n'adressions pas nos chaleureuses et bien cordiales félicitations à notre ami Blatter, qui vient d'obtenir la Légion d'Honneur au titre de la marine. Je n'ai pas besoin de dire à tous combien cette récompense est méritée, pour les services que notre ami Blatter a rendus à toute la profession. Elle lui est accordée à un titre qui me fait particulièrement plaisir, celui de la marine. Beaucoup savent que c'est à son action inlassable qu'est due la création des dentistes de la marine et nous savons également combien il s'est dévoué, dépensé pour les intérêts généraux de la profession, en sacrifiant ses intérêts particuliers avec une abnégation et un dévouement tout à fait remarquables.

Sans vouloir m'étendre davantage sur ses mérites, pour ne pas le faire rougir — et je crois que ce serait une chose inutile, puisque vous en êtes tous aussi convaincus que moi — je crois que nous manquerions à tous nos devoirs si, avant de commencer la séance, je ne lui adressais pas, au nom de tous, nos bien amicales et bien affectueuses félicitations pour la distinction qu'il vient de recevoir et qui n'est qu'une juste récompense de toute une vie consacrée aux intérêts professionnels. (*Applaudissements prolongés*).

Le Président. — L'émotion paralyse mon langage et mon cœur vous remercie très sincèrement.

Cette distinction honorifique n'est pas attribuée seulement à l'homme, qui n'a fait que son devoir, mais j'ai eu la satisfaction qu'on ait tenu compte de ma situation à l'Ecole et, par conséquent, c'est à titre de Directeur Adjoint de l'Ecole dentaire de Paris que je l'ai obtenue. Donc, cet honneur ne rejaillit pas sur

moi, mais sur toute la profession et surtout sur l'Ecole dentaire de Paris.

Je regrette de ne pas être éloquent ; je vous remercie de tout cœur, l'émotion me gagne et je vais aborder l'ordre du jour.

II. — Présentation d'une malade ayant subi l'ablation du maxillaire supérieur droit, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture d'une communication et présente une malade (V. p. 411).

Discussion.

M. P. Martinier. — Pour ces sortes d'appareils, Martin, de Lyon, qui avait fait pas mal de restaurations prothétiques du maxillaire supérieur, avait dans nombre de cas abandonné le caoutchouc creux. Pont l'a repris et il nous a déclaré avoir de très bons résultats.

Je crois que, quelle que soit l'adaptation parfaite du caoutchouc mou, il est préférable au point de vue tolérance des tissus que le caoutchouc soit dur et poli, du moment qu'il n'y a pas contact trop absolu.

Le cas que nous présente notre confrère M. Ruppe tendrait à prouver que la tolérance est beaucoup plus grande avec le caoutchonc dur qu'avec le mou. Ceux qui ont employé le caoutchouc mou ont vu quelquefois les tissus s'irriter d'une façon sérieuse, continue. L'un d'entre nous, je crois que c'est M. Fanton-Touvet, avait employé des succions en caoutchouc mou qui avaient donné de bons résultats. Mais il y avait quelquefois des irritations de la muqueuse dues au caoutchouc mou.

En somme, la malade que votre confrère M. Ruppe nous a présentée nous permet de constater des résultats parfaits aux différents points de vue de la phonation, de la respiration et de la mastication. C'est extrêmement intéressant et nous devons remercier M. Ruppe de nous avoir présenté ce beau cas de restauration palatine et de nous avoir mis à même d'apprécier l'ingénieuse combinaison qui a présidé à la confection de l'appareil.

M. G. Villain. — Depuis combien de temps la malade porte-t-elle l'appareil en bouche ?

M. Ruppe. — Depuis le mois de mai.

M. G. Villain. — Au sujet de ce caoutchouc, je vous apporte quelques balles de caoutchouc vulcanisé mou qui ont été faites en même temps, pour que vous vous rendiez compte de la différence qu'il y a entre le caoutchouc velum, vendu chez les fournisseurs, et le caoutchouc dur cuit mou, pendant 45 minutes à 145°. Vous

verrez combien ce dernier est plus serré comme grain, plus élastique ; il ne s'altère pas, tandis que le velum se fendille et se sèche. Les balles rouges sont en velum, les blanches en caoutchouc dur cuit mou.

Le président. — Je félicite M. Ruppe ; je l'ai encouragé à présenter sa malade ; il a hésité, puis enfin a accepté. C'est un cas très intéressant et M. Ruppe, qui est chargé à l'École d'un service de restauration maxillo-faciale, nous présentera d'autres cas dans le courant de l'année. Aussi je remercie ce bon collaborateur.

III. — La radiographie dans le diagnostic et le traitement des lésions périapicales, par M. Paul Aimé.

Le président. — Je n'ai pas besoin de présenter le docteur Aimé. Pendant la guerre il a été chargé d'un service radiographique très important au Val-de-Grâce. Maintes fois nous avons fait appel à sa compétence pour radiographier nos blessés. Nous n'avons eu qu'à nous louer et nous féliciter des services que M. Aimé a rendus à l'Ecole et aux blessés en général.

M. Paul Aimé donne lecture de sa communication (Voir p. 401).

Discussion.

M. Jeay. — Excusez-moi de fixer votre attention quelques minutes.

Le président de la Société vous a présenté M. Aimé, que je connais personnellement, comme un grand nombre d'entre nous tous. Nous l'avons connu au Val-de-Grâce et je dois dire que c'est du jour où ses radiographies me sont venues entre les mains qu'une véritable révélation s'est faite pour moi. De ce jour, j'ai pu comprendre, par l'heureuse profilation des maxillaires et par la finesse de ses clichés, une foule de lésions pathologiques que, souvent, aucun symptôme clinique ne nous permettait de déceler ou même de soupçonner.

Avant tout, je dois vous exprimer les vifs regrets de notre ami M. Frey de ne pouvoir être là ce soir ; il m'a chargé de l'excuser auprès de vous.

C'est sur la demande de M. Frey et la mienne que M. Aimé a bien voulu consacrer ce soir quelques moments à nous montrer les très jolies radios qu'il vous a projetées tout à l'heure. Je sais que nous ne devons pas verser du tout dans l'exagération des Américains, comme Georges Villain nous l'a signalé à la dernière séance. Néanmoins j'estime devoir dire une vérité : à l'heure actuelle, étant donnés les progrès incessants de la radiographie, celle-ci devient un élément essentiel de diagnostic que nous ne devons pas négliger.

En effet, bien souvent, nous avons eu la mésaventure suivante, comme cela m'est arrivé et est arrivé à de nombreux confrères : Nous soignons un 4e degré, une grosse molaire ou prémolaire, qu'importe ; nous y consacrons de nombreuses séances et, à un moment donné, nous croyons être objectivement certains que le traitement de notre dent est parfait et que nous pouvons en toute sécurité boucher cette dent et l'encapsuler.

Puis, à un moment donné, 1, 2, 3 ans après, sous l'influence d'une mauvaise disposition générale, une grippe, peut-être un surmenage de l'individu, une claque de froid prolongée sur la figure au cours d'une promenade en automobile, etc., etc., cette dent, qui s'est tenue très sage jusqu'ici, provoque brusquement une poussée de périostite parfois dangereuse et toujours bien déplaisante pour le patient. Que s'est-il passé ? Il est certain que, malgré tous nos soins, alors que nous croyions la dent suffisamment saine, elle ne l'était pas, tous les moyens objectifs, tous les moyens cliniques de contrôle que nous possédions étaient insuffisants. Et nous en arrivons alors à la fameuse zone de décalcification que M. Aimé nous a signalée tout à l'heure sur des radios, zone de décalcification provoquée par des agents septiques, pathogènes, trouble de nutrition impossible à déceler sans la radio et qui, par sa persistance, est certainement la preuve d'un microbisme latent susceptible de se réveiller à la moindre occasion et devenir extrêmement virulent.

En effet, l'une des radios que vous avez vues au début présentait une canine et une prémolaire supérieures atteintes de caries pénétrantes précédemment traitées, cette dernière dent avait une zone de décalcification périapicale très nette. Voici le cas : la personne qui est venue me trouver sentait bien une douleur de la région sous-malaire et de la région de la fosse canine du côté droit, mais elle était incapable de dire laquelle des deux dents la faisait souffrir. Comme j'ai trouvé deux obturations parfaites, une percussion absolument indolore, sans mobilité, sans sensibilité de la région apicale en appuyant avec le doigt, en un mot sans symptôme clinique permettant de faire un diagnostic exact, ce n'est que la radiographie qui a été pour moi une révélation. J'ai vu que c'était la première petite molaire qui était certainement malade, puisqu'elle présentait une zone de décalcification périapicale très nette. En effet, la dent enlevée, j'ai pu constater à l'aide d'une sonde en argent que, lorsque j'allais jusqu'au fond de l'alvéole, mon instrument butait sur un véritable coussin élastique. Prenant mes dimensions, j'ai constaté aussi avec la sonde que la cavité alvéolaire était somme toute un peu plus profonde que la longueur de la racine ne le comportait. J'ai

cureté le fond de l'alvéole et ramené une masse fongueuse certainement composée de granulômes. Ce jour-là, je m'excuse de n'avoir pas fait œuvre complètement scientifique ; j'aurais dû mettre de côté le résultat de ce curettage et en faire faire l'examen histologique. J'ai revu la patiente au bout de plusieurs mois; tout était rentré dans l'ordre; aucune récidive. C'est donc la radiographie qui seule m'a permis de faire un diagnostic précis.

M. Frey m'a chargé aussi ce soir d'attirer votre attention sur ces zones de décalcification et je regrette vivement qu'il ne soit pas là, car il l'aurait certainement fait avec plus de maîtrise scientifique. M. Frey a entrepris le traitement de dents infectées qui présentaient, elles aussi, ces zones de décalcification et, au bout d'un certain temps, il a remarqué que la zone de décalcification était moins apparente.

M. Aimé se tient à notre disposition, lorsque nous aurons des cas semblables à celui de M. Frey, pour les radiographier soit au cours du traitement, soit longtemps après le traitement.

M. Aimé est plus à même que moi de vous expliquer que, par exemple, à la suite de fracture du poignet, des blessés de guerre ont présenté de la décalcification des os de la main, décalcification qui était nettement visible à la radiographie et qui, au bout de quelque temps, lorsque la fracture était complètement guérie, disparaissait en grande partie; les os de la main reprenaient leur transparence normale, se récalcifiaient normalement. Il serait intéressant pour nous de contrôler s'il en est de même au niveau des régions apicales. On peut toujours extraire des dents qui présentent des zones de décalcification, mais les traiter et voir au bout de quelque temps si une récalcification de cette zone ne s'est pas faite serait beaucoup plus intéressant.

M. Frey m'a prié d'attirer votre attention sur ce sujet, à son avis, il faudrait aussi favoriser l'amélioration de l'état général du sujet par un reminéralisant comme la biocalcose ou la tricalcine, mais en pratiquant en plus le traitement opothérapique, qui a une grande importance.

Je ne suis pas très compétent en pareille matière et je vous transmets simplement la suggestion de M. Frey.

A propos de la nécessité de contrôler les piliers que vous vous proposez de donner à un bridge, M. Aimé vous a montré quelques clichés ; je puis vous fournir des explications complémentaires sur l'un d'entre eux.

Voici une radio qui est toute une histoire. C'est celle d'un de mes patients que j'ai vu pour la première fois en 1916 ; il est venu me trouver parce qu'il avait une première grosse molaire inférieure gauche qui le faisait souffrir ; cette dent était encapsulée. Périos-

tite chronique, tel avait été mon diagnostic. Je défis la capsule et trouvai une dent extrêmement infectée. Je ne lui conseillai pas du tout de retraiter cette dent et d'en tenter à nouveau l'encapsulement ; bien au contraire je lui conseillai de l'extraire. Ce patient est étranger; il a dû partir en Suisse sans avoir complètement suivi mon conseil, puisque en 1917 un dentiste a réentrepris le traitement de cette dent et l'a réencapsulée.

Deux ans après, en 1919, il était au Brésil. Là, il est pris de tels ennuis au niveau de cette première grosse molaire qu'on est obligé de l'extraire et, à ce moment, ennuyé de ce vide dans la bouche, il demande un bridge avec un point d'appui antérieur sur la deuxième prémolaire et un point d'appui postérieur sur la deuxième grosse molaire.

Or, c'est au début de cette année qu'il est venu me retrouver. Il souffrait beaucoup et avait tous les symptômes d'une périostite aiguë de toute la moitié du corps du maxillaire inférieur, c'est-à-dire gonflement douloureux de toute la table externe de l'os, mais aucune sensation parcheminée, aucune sensation rénitente susceptible à ce moment de faire diagnostiquer un kyste. Je l'ai même envoyé à M. Sebileau qui, lui-même, a passé à côté du diagnostic. Ce n'est que sur l'insistance du malade que, trois ou quatre jours après, étant moi-même très étonné de la marche de cette lésion, je me suis décidé à enlever la deuxième prémolaire, qui était encapsulée et supportait le bridge. Au cours de l'extraction qui fut fort délicate, cette dent étant extrêmement abîmée, l'extrémité radiale brisée disparut subitement sous mon dernier effort dans une vaste cavité contenant un liquide jaune ambré mêlé d'un peu de pus. Je pris une sonde en argent et constatai une énorme cavité kystique s'étendant depuis la deuxième grosse molaire jusqu'à la symphyse.

L'évolution clinique de ce cas n'a rien d'extraordinaire, mais pourquoi avoir placé un bridge là-dessus, car il est matériellement certain que ce kyste existait déjà quand on a fait la première extraction et la pose du bridge, c'est-à-dire en 1919 ? Cette grave erreur aurait pu être évitée. Je suis un peu dur pour notre confrère brésilien, mais cette erreur n'aurait jamais été commise si l'on n'avait pas oublié d'employer un des éléments les plus scientifiques et les plus rationnels de diagnostic : la radiographie, qui aurait décélé beaucoup plus tôt la présence de la tumeur et aurait permis d'opérer le malade dans des conditions autrement favorables puisqu'à l'heure actuelle il ne lui reste qu'une coque osseuse extrêmement mince sur la presque totalité de son maxillaire inférieur gauche.

M. G. Villain. — Moi aussi je suis imbu de la nécessité de la ra-

diographie pour éclairer le diagnostic, particulièrement lorsque nous voulons commencer des travaux comme les grands bridges ; c'est à tel point que je voudrais voir s'installer chez nous, comme en Amérique, comme en Allemagne avant la guerre, l'habitude de faire de la radiographie d'une façon constante, avec de petits appareils pour l'usage dentaire dans nos cabinets.

Les appareils que nous pouvons utiliser nous donnent des renseignements, mais nous ne sommes pas toutefois toujours aptes à baser un diagnostic réel avec la radiographie ; il faut une grande habitude et le secours d'un radiographe de profession nous est donc indispensable. Nous pouvons faire des erreurs assez sérieuses, comme tout à l'heure M. Aimé en signalait.

Je voudrais lui demander si les radiographes ne pourraient pas nous laisser les clichés. Ainsi, actuellement, tous les malades qui viennent des Etats Unis arrivent avec leur dossier radiographique dans leur poche. Ce dossier est excessivement intéressant ; ce sont des radios prises sur pellicules, ce qui est un gros avantage sur la plaque. Le procédé est très simple.

On prend un morceau de fil de fer courbé en deux ; on le tourne sur lui-même pour former un petit manche, entre ces deux tiges de fer on place la pellicule enfermée dans sa petite enveloppe de papier au niveau de la dent à radiographier ; le petit manche qui se prolonge est tenu par le malade avec sa main.

La documentation est très facile à conserver ; pas de risques de fracture. Ces petites pellicules prennent peu de place ; on peut les confier au malade ; on met les indications en bas, ainsi que les renseignements pris par le radiographe. Ces pellicules peuvent être conservées par ordre alphabétique.

Cette radiographie que voici a une petite histoire que je vais vous signaler rapidement.

Cette malade avait été soignée par moi : une canine avec obturation de la racine. Or, en arrivant aux Etats-Unis, la malade souffre du côté où la dent venait d'être soignée ; elle accuse immédiatement la dent et va trouver un dentiste qui estime qu'il faudrait extraire cette dent. Elle va en trouver un autre qui lui dit : « Vous avez un bridge, il faut faire l'examen radiographique ». Sur la radiographie la canine est très nette avec son obturation complète du canal.

En principe, actuellement, je voudrais pouvoir, par la radiographie, faire l'examen avant et après l'obturation de la racine pour ne pas avoir les accidents que vous avez vus tout à l'heure.

Sur la radiographie on voit la racine d'une prémolaire, qui est un second degré et portant une couronne d'or, avec une zone de raréfaction autour de cette racine. Le diagnostic a été posé immé-

diatement. On n'a plus accusé la canine. J'étais incriminé directement par la malade et indirectement par un confrère qui ne me connaissait pas.

La malade est venue me trouver à son retour de voyage ; je lui ai fait une ponction ; depuis une petite fistule est restée. J'insistais toujours auprès de la malade pour extraire cette dent ; aujourd'hui elle est revenue avec un accident, j'ai fait l'extraction. J'ai oublié d'apporter la racine, qui pouvait être placée sur la radiographie et l'on voit la très légère déformation qu'il y a.

Voilà un cas où vraiment la radiographie a été très utile et où elle m'a au moins tiré d'un mauvais pas.

M. Roy. — J'ai recours très fréquemment à la radiographie et j'ai été très heureux de voir les très belles radiographies de M. Aimé dont j'avais pu voir déjà un certain nombre de radios des maxillaires.

Je voudrais simplement signaler un petit point, c'est que si la radiographie est une excellente chose, elle n'est pas tout et elle ne saurait dispenser d'un examen clinique. Elle doit aider au diagnostic clinique, mais ne doit pas en dispenser, car souvent il y a quelque chose alors que la radio ne montre rien.

Notamment j'ai fait faire des radiographies, moins parfaites que celles de M. Aimé certainement, pour une malade qui avait une suppuration au niveau de l'apex des incisives inférieures. Je pensais me trouver en présence d'un kyste, mais la radiographie ne montrait rien de très notable ; cependant il y avait une cavité de la grosseur de l'extrémité du médius.

Dans d'autres cas, au contraire, j'ai vu des radios dans lesquelles il semblait qu'on pouvait porter le diagnostic de kyste alors qu'en réalité il n'y en avait pas. Je sais bien que les radios n'étaient peut-être pas absolument parfaites, mais c'est un élément dont il faut se méfier, qu'il faut contrôler par l'examen clinique. Si l'examen clinique et l'examen radiographique ne sont pas d'accord, il faut être réservé en ce qui concerne le diagnostic.

Ceci n'infirme en rien, encore une fois, la valeur de la radioscopie et de la radiographie ; mais montre seulement que ce précieux moyen d'investigation ne saurait en aucun cas dispenser le praticien d'un examen clinique extrêmement minutieux et très soigné.

M. Aimé. — Je suis absolument de l'avis de M. Roy et il en est de l'odontologie et de tout ce qui concerne le maxillaire comme il en est de toutes les maladies que nous examinons, la tuberculose pulmonaire par exemple : il faut un bon examen radiographique et un bon moyen clinique, comme l'auscultation, pour pouvoir se prononcer.

M. Laksine. — Je voudrais vous signaler un cas qui montre

que la radio a non seulement été utile, mais indispensable pour déterminer l'opportunité de tel ou tel travail prothétique.

Il y a quelques mois, une jeune fille de vingt ans vint me prier de rétablir sa mastication normale, diminuée notablement depuis l'extraction au maxillaire inférieur, à gauche de la deuxième prémolaire et de la dent de six ans, à droite des dents de 6 et de 12 ans. Par bonheur la g 7 n'a pas été enlevée bien qu'à l'état de coquille et avec une pulpe à vif. Je pense aussitôt à un bridge inamovible ayant cette dent et la deuxième prémolaire comme piliers ; mais, étant donné l'absence des molaires de l'autre côté, il serait peut-être préférable de faire un appareil à plaque et crochets ou un bridge amovible remplaçant toutes les dents manquantes. La dent de sagesse inférieure droite aurait été vraiment utile pour faire aussi à droite un bridge inamovible ; peut-être apparaîtra-t-elle bientôt, mais quand ? Je songe à faire radiographier la région et je vois avec plaisir sur la plaque une dent de sagesse presque entièrement calcifiée et séparée simplement de la cavité buccale par un épais capuchon gingival.

Certain d'avoir bientôt à droite un bon pilier postérieur, j'entreprends le bridge de gauche, certain de faire un travail utile.

Je ne voudrais pas abuser, mais je voudrais pourtant par un exemple vous prouver le bien-fondé de la réflexion de nos confrères. M. Aimé vous a montré des radios de kystes dont on voit très nettement la membrane kystique. Il est évident que si l'on voit la membrane on ne peut pas hésiter à faire son diagnostic. Mais, dans ma petite collection de radios, j'en trouve justement une toute récente qui est certainement celle d'un kyste. On voit très nettement la cavité au-dessus de l'incisive latérale, mais on ne voit pas la membrane. Je suis matériellement sûr pourtant que c'est un kyste, car mon diagnostic clinique a été fait avant ; j'ai senti nettement la déformation en saillie, que donnent généralement les kystes ; j'ai eu nettement la sensation d'os parcheminé et, avec une seringue, j'ai pu faire une ponction qui m'a amené du liquide kystique caractéristique, jaune ambré. Ceci confirme donc que la radiographie est un *élément* de diagnostic, mais qu'à elle seule elle ne peut suffire.

Le président. — En votre nom j'adresse mes remerciements à M. Aimé, qui nous apporte une contribution très intéressante dans notre profession et nous fait voir que l'on doit s'appuyer sur des sciences connexes pour arriver à des précisions sur des lésions bien souvent indiagnosticables. Dans beaucoup de cas nous avons des anomalies, nous les croyons incurables, craignant de nous heurter à des complications. Mais si l'on fait la résection

apicale, ce que je fais très souvent, vous pouvez conserver des racines comme piliers.

Donc la radiographie est indispensable et je remercie et félicite M. Aimé.

IV. — L'utilisation des couronnes-crochets en prothèse (Appareils et bridges amovibles), par M. H. Villain.

M. H. Villain donne lecture de sa communication (Sera publiée).

Discussion.

M. Charlet. — Je crois que les avantages de la couronne-crochet ont été suffisamment démontrés par notre confrère Henri Villain pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister sur les avantages qu'on en peut tirer.

Je voudrais simplement vous signaler qu'il serait peut-être préférable, au point de vue technique, de faire comme couronne-base une couronne normale avec ses points de contact. C'est ce que je fais assez souvent avec d'heureux résultats. Il s agit alors tout simplement de faire, au lieu de la couronne-crochet présentée par M. Henri Villain, une sorte de crochet boutrollé venant fermer dans les espaces inter-proximaux.

Pour empêcher le bridge de s'enfoncer il suffit de fixer au crochet de petits étriers s'adaptant dans les sillons de la face triturante de la couronne-base.

Au point de vue esthétique comme au point de vue pratique, je crois qu'il est assez avantageux d'avoir l'ouverture du crochet dans les interstices proximaux plutôt que sur les faces externe ou interne.

M. Housset. — Je ne soude pas le plané bord à bord avec le dessus de couronne, celui-ci forme un recouvrement en hauteur sur le crochet ; la soudure est ainsi faite sur une surface et non sur une ligne, ce qui donne plus de résistance, la forme est plus anatomique et l'élasticité du crochet est la même, la longueur de ses extrêmités libres n'étant pas diminuée.

M. Henri Villain. — La couronne que vient de nous décrire M. Charlet n'a rien de comparable avec la couronne-crochet que nous venons de vous décrire. Dans son cas il s'agissait de faire autour d'une ancienne couronne un crochet surmonté de taquets pénétrant dans des ancoches creusées sur la face triturante de ce te couronne que l'on ne voulait pas refaire. Cette couronne fut exécutée en vue de la pose d'un bridge fixe, alors que nous ne vous avons entretenus ce soir que des couronnes amovibles en vue de bridges ou appareils amovibles.

Quant à la petite modification présentée par notre confrère Housset, elle peut être utile et vous pouvez voir sur certaines de nos couronnes qu'elle a été observée.

M. le Président. — Je remercie infiniment M. Henri Villain de sa très intéressante communication. Ce qui me fait plaisir, c'est que nous faisons un travail utile et qu'une contribution très intéressante nous est apportée.

M. G. Villain. — L'avantage de la couronne-crochet, c'est d'avoir le cuspide soudé au crochet pour la répartition des efforts dans la mastication. Si vous établissez un bridge, vous devez calculer les efforts mécaniques; les efforts doivent porter sur les faces triturantes. C'est pourquoi la couronne-crochet doit être faite avec face triturante.

M. le Président. — M. Housset nous dit que sa communication est assez longue; nous la porterons donc à l'ordre du jour de la prochaine séance.

V. — Incidents de la pratique journalière.

Dent de sagesse double par M. Roy.

M. Roy. — Je vais vous signaler un petit cas de pratique journalière qui est assez intéressant.

L'autre jour à la Pitié, à ma consultation, s'est présentée une dame avec une dent de sagesse qui ne trouvait pas sa place, accident qui nécessitait l'extraction de cette dent; celle-ci paraissait bloquée contre la branche montante vers la région vestibulaire. Après anesthésie locale, je me mis en devoir d'extraire cette dent avec l'élévateur. Au bout de quelques minutes je sens qu'elle se luxe; elle se soulève progressivement, je la sors au dehors et à ce moment j'ai une émotion, de courte durée du reste, mais on éprouve toujours un sentiment singulier quand on tire deux dents alors qu'on croit n'en enlever qu'une. Comme vous allez le voir, il s'agissait d'une anomalie assez intéressante puisqu'il y avait une dent surnuméraire soudée à la partie postérieure de la dent de sagesse elle-même. Il y avait bien deux dents d'enlevées au lieu d'une, mais c'est parce qu'il y avait quatre molaires au lieu de trois. Il n'y avait pas possibilité de soupçonner cette anomalie avant l'extraction puisque la dent de sagesse elle-même était à moitié recouverte par le capuchon muqueux.

Un membre. — Et la radiographie?

M. Roy. — Evidemment elle aurait pu nous montrer cette chose-là, mais je ne l'avais pas fait faire le cas ne paraissant pas présenter préalablement de difficultés particulières.

Je donne la dent pour le musée de l'Ecole. C'est la plus grosse des deux dents qui est la dent de sagesse ; la dent surnuméraire se trouve intimement accolée à la dent de sagesse, les deux couronnes semblent séparées, mais il y a fusion intime entre les racines, la racine antérieure de la dent surnuméraire paraissant même pénétrer dans la racine postérieure de la dent de sagesse.

Comme cela ne se rencontre pas tous les jours j'ai cru bon de vous le signaler et je souhaiterais que chacun d'entre vous voulût bien, à nos séances, apporter une petite observation comme celle-là, ce qui pourrait parfois provoquer des discussions intéressantes entre les divers membres de la Société. Je dis à nos jeunes confrères : vous n'êtes pas sans avoir, dans votre pratique, des cas qui vous embarrassent ; n'hésitez pas à venir les soumettre à vos confrères. Je puis vous assurer que vous serez accueillis par vos anciens avec la plus grande sympathie. Notre société doit faire œuvre d'éducation, d'enseignement mutuel, et elle ne réalise pas assez ce but par suite de la trop grande réserve d'un grand nombre d'entre vous, particulièrement des jeunes.

Le président. — J'approuve les paroles de M. Roy. Je fais un pressant appel pour que vous apportiez ici tous les cas qui sont intéressants à signaler.

VI. — Observation sur une éruption tardive des deux prémolaires inférieures coté gauche chez un sujet agé de 73 ans, par M. Wallis-Davy.

M. Wallis-Davy. — Notre confrère Roy nous a parlé à la dernière séance d'une évolution tardive de canines. Cela m'a fait penser à rechercher une observation qui date d'une dizaine d'années et dont je vais vous donner lecture.

Elle traite d'une éruption tardive de deux prémolaires chez un sujet de 73 ans.

(Il donne lecture d'une communication sur ce sujet) (V. p. 406).

Discussion.

M. Roy. — L'observation de M. Davy est intéressante, mais la question de la cause des retards d'éruption ne me paraît pas être une des causes qu'il signale, à mon avis.

Ici le facteur dégénérescence, invoqué souvent à tort par Galippe, notamment dans l'érosion, me paraît jouer le rôle primordial. Je sais bien que ce mot ne signifie pas quelque chose de très précis ; néanmoins, il indique l'existence d'un trouble trophique d'origine centrale.

Un point intéressant à noter dans les anomalies, c'est l'hérédité.

Une de mes malades, que je suis depuis fort longtemps et dont je connais la famille, présente cette particularité d'avoir, comme son père, une canine temporaire qui est tombée et n'a pas repoussé, en même temps qu'elle présente une anomalie analogue à celle de son oncle paternel, c'est-à-dire une incisive latérale temporaire qui a persisté sans que la permanente fit son apparition.

On pourrait multiplier ces exemples :

Je vous signale le cas d'un enfant âgé de 12 ans qui a 14 dents dont les follicules n'existent pas, fait constaté à la radiographie. Chez le père et la mère il y avait absence congénitale de 2 dents.

VII. — Adjonction d'une pièce supplémentaire aux moufles pour éviter la fracture du platre qui maintient les dents artificielles, par M. Ruppe.

M. Ruppe donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. p. 413).

Le président. — Je remercie M. Ruppe, ainsi que M. Vibert qui veut bien fabriquer ces appareils.

La séance est levée à 11 h. 15.

Le secrétaire général,
V. E. Miégeville.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

La Chambre des députés a adopté, dans sa séance du 31 juillet, un projet de loi accordant le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire français aux médecins et chirurgiens-dentistes alsaciens et lorrains pourvus des autorisations nécessaires, à condition qu'ils soient réintégrés dans la nationalité française ou qu'ils aient obtenu cette nationalité.

Nous reviendrons sur cette importante question.

DÉCRET ACCORDANT DES FACILITÉS AUX ÉTUDIANTS DES CLASSES 1918 ET 1919 ORIGINAIRES DES RÉGIONS ENVAHIES

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu le 4e décret du 10 janvier 1919 ;

Considérant qu'il est équitable d'étendre le bénéfice des mesures réparatrices aux jeunes gens des régions libérées qui ont été empêchés de poursuivre leurs études.

Décrète :

Art. 1er. — Les jeunes gens des classes 1918-1919 restés dans les régions envahies jusqu'à la signature de l'armistice qui justifient avoir été, dans cette position, empêchés de poursuivre leurs études, et qui ont été ensuite appelés sous les drapeaux comme récupérés, bénéficieront des facilités suivantes, conformément aux décrets du 10 janvier 1919 :

Candidats au baccalauréat de l'enseignement secondaire :

Sessions spéciales avec programme restreint :

Etudiants inscrits dans les Facultés ou Ecoles d'enseignement supérieur :

a) Bénéfice du 2e décret du 10 janvier 1919 sur la scolarité.

b) Bénéfice du 3e décret du 10 janvier 1919 sur les études dentaires, mais seulement en ce qui concerne la réduction à une année de la durée du stage.

Art. 2. — Les jeunes gens des classes 1918 et 1919 domiciliés avant les hostilités dans les régions envahies qui, ayant quitté

leur domicile lors de l'invasion, soit volontairement, soit par ordre de l'autorité militaire, justifient avoir été, dans cette position, empêchés de poursuivre leurs études et qui ont été appelés sous les drapeaux avec leur classe bénéficieront des mêmes facilités.

Art. 3. — Sont abrogées les dispositions du 4e décret du 10 janvier 1919 contraires au présent décret.

Art. 4. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er juillet 1920, etc., etc.

(*Journal officiel*, du 5 juillet 1920, p. 9456).

L'IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

Les chirurgiens-dentistes ne sont pas soumis à l'impôt sur le chiffre d'affaires puisque l'article 59 de la Loi du 26 juin 1920 dit qu'elle ne concerne que les personnes assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux.

L'impôt sur ces deux catégories de bénéfices n'a jamais frappé, comme impôt cédulaire, que les commerçants et industriels.

L'autre impôt cédulaire auquel sont soumis les chirurgiens-dentistes est celui qui vise les bénéfices des professions non-commerciales, c'est-à-dire des professions libérales, charges, offices, etc., autrefois de 3.75 o/o, maintenant de 6 o/o.

Etant frappés par ce second impôt cédulaire et pas par le premier les dentistes ne sont compris parmi les contribuables passibles de l'impôt sur le chiffre d'affaires.

LES PROFESSIONS BOURGEOISES

La commission arbitrale du IXe arrondissement, présidée par M. Henri Meunier, a décidé que la clause d'un bail portant que les lieux loués ne peuvent être occupés que bourgeoisement, n'exclut pas l'exercice des professions dites bourgeoises, telles que celles d'avocat, de médecin, de professeur, de magistrat, et aussi d'agent d'assurances, de sorte qu'on ne peut résilier pour violation de la dite clause le bail d'un locataire exerçant une de ces professions et qui reçoit ses clients à son domicile.

D'où cette conséquence que les locataires de cette catégorie ont le droit de bénéficier de la prorogation professionnelle aux conditions légales.

LA DENTISTERIE EN TUNISIE

Le directeur de l'Ecole dentaire de Paris a reçu la lettre suivante, que nous croyons utile de publier.

PROTECTORAT FRANÇAIS — Tunis, 16 juillet 1920.

—

GOUVERNEMENT TUNISIEN

—

Secrétariat général

—

DIRECTION DE L'HYGIÈNE

—

Monsieur le Directeur,

Les jeunes praticiens qui sortent avec le diplôme de chirurgien-dentiste de votre Ecole justement réputée vous consultent sans doute sur l'orientation à donner à leur carrière.

Je crois leur rendre service en vous priant de bien vouloir leur signaler les très intéressants débouchés qu'ils trouveraient en Tunisie.

Tunis, en particulier, ville de 200.000 habitants, manque de dentistes. Les bons praticiens qui y exercent (ils sont extrêmement peu nombreux) sont débordés. Il existe une forte masse de population qui se plaint de ne pas recevoir les soins dont elle a besoin, qui veut être soignée, qui a de l'argent et qui est disposée à bien payer. J'affirme que les dentistes qui s'établiraient en ce moment à Tunis s'y feraient immédiatement une situation enviable et y gagneraient beaucoup d'argent.

Il y aurait d'autres postes à prendre dans les principales villes de la Tunisie.

En vous adressant cette communication j'ai le souci de la santé publique en Tunisie, mais j'ai aussi la certitude que j'ouvre à vos élèves un des plus beaux champs d'action qui soient aujourd'hui à leur portée.

Veuillez recevoir, etc.

Signé : Docteur BURNET.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

MISE AU POINT

Quelques confrères amis m'ont fait remarquer que dans mon article « Est-ce enfin l'Union odontologique dernier » paru dans le numéro de *L'Odontologie* du 30 avril ? la phrase ayant trait à la réunion Intersociétés du 31 *mars* 1912 pouvait prêter à une interprétation de nature à raviver les anciennes polémiques.

Je tiens à rassurer tous les membres de la profession qui pourraient avoir ces craintes. Je n'ai pensé qu'à l'union, rien qu'à l'union et j'y pense toujours plus que jamais ; tous les Groupements professionnels doivent se sentir les coudes et travailler en commun pour l'intérêt général.

Je donnerai d'ailleurs, pour preuve de la sincérité de mon désir d'union, mon acceptation de faire partie d'une Commission Intersociétés, qui a déjà tenu plusieurs séances en parfait accord et a déjà fait un travail utile dont je parlerai ultérieurement.

V. E. Miégeville.

HYGIÈNE

Nous reproduisons ci-après la proposition de loi dont nous avons annoncé le dépôt au Sénat dans notre numéro de juillet.

PROPOSITION DE LOI RELATIVE A L'HYGIÈNE DENTAIRE DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES

Présentée par MM. Paul STRAUSS, Henry CHÉRON, Gaston DOUMERGUE, sénateurs.

(Renvoyée à la Commission, nommée le 25 mai 1905, chargée de l'examen d'une proposition de loi tendant à modifier les articles 20 et 25 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

Les leçons de la guerre ne doivent pas être perdues ; elles nous ont appris, en conformité des prévisions de M. Henry Chéron, l'importance des soins de la bouche pour les soldats.

Dès 1908, M. Gaston Doumergue, alors ministre de l'Instruction publique, instituait dans les écoles normales, dans les internats annexés à une école primaire et dans les écoles primaires supérieures, deux services distincts d'inspection et de traitement dentaires, avec fiche spéciale. Dans sa circulaire du 21 mars 1908, M. Gaston Doumergue écrivait : « Les soins dentaires doivent être donnés dès le bas âge, au cours duquel les dents, en voie de formation ou légèrement atteintes, peuvent être l'objet d'un traitement efficace. On peut poser en principe que toute dent malade qui n'a pas été soignée à temps, pendant l'enfance ou l'adolescence, est une dent perdue. »

Il importe donc essentiellement que, en conformité de l'organisation qui existe en différents pays, notamment en Angleterre, aux Etats-Unis, en Suisse, en Suède, en Allemagne, un service dentaire soit organisé, d'abord pour l'inspection, ensuite pour le traitement dentaire. Aucun régime d'inspection médicale des écoles ne serait complet, s'il ne comportait, avec les variétés d'application qu'offriront les ressources locales, un service spécial et complémentaire de l'hygiène de la bouche, destiné à prévenir et

à guérir la carie dentaire dont les conséquences sont si graves pour la santé des adolescents et des adultes, surtout en ce qui concerne la tuberculose.

C'est pourquoi nous avons l'honneur de déposer la proposition suivante :

PROPOSITION DE LOI

Article unique. — Il est institué, dans toutes les écoles primaires publiques, pour rattachement et comme complément à l'inspection médicale, des services distincts d'inspection et de traitement dentaires.

HYGIÈNE DENTAIRE

On annonce la création récente en Angleterre d'un ministre de la Santé publique (*Ministry of Health*) qui se propose d'assurer les soins médicaux (y compris les soins dentaires) à tous les enfants des écoles.

Ce Ministère a nommé une Commission consultative sur le rapport de laquelle il déposera au Parlement un projet de loi rangeant les soins dentaires dans les soins médicaux, lesquels seront de son ressort. Toutefois l'organisation de ce Ministère n'a pas encore été sanctionnée par le Parlement.

HYGIÈNE SOCIALE

M. Breton, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, a présidé le 24 juin, à la Faculté de médecine de Paris, l'Assemblée générale constitutive du Comité de propagande d'hygiène sociale et d'éducation prophylactique, dont le Professeur Pinard est président.

CLINIQUES DENTAIRES SCOLAIRES

Allemagne.

Le Conseil municipal de Gera vient d'ouvrir un crédit de 55.000 marks pour construction d'une clinique dentaire scolaire.

Suisse.

Le Grand Conseil du canton de Bâle a approuvé la création d'une clinique dentaire scolaire pour l'inspection régulière et le traitement des dents malades des enfants des écoles élémentaires, des asiles et autres établissements d'enseignement cantonaux.

L'inspection aura lieu à la clinique, mais le traitement ne sera fait qu'avec l'autorisation des parents; il sera gratuit pour les pauvres, à tarif réduit pour les autres.

Le directeur et le premier assistant ont le droit de faire de la clientèle privée et reçoivent des appointements, le premier de 9.800 à 12.600 francs, le second de 8.700 francs à 11.500 francs.

L'Etat contribue aux dépenses pour 20.000 francs par an.

Danemark.

Une Commission technique a examiné les dents des enfants des écoles et en a constaté 98 0/0 de cariées.

Le Gouvernement a décidé de dépenser 2 à 4 millions pour créer des cliniques dentaires scolaires.

Angleterre.

Le Conseil urbain de Ballymena a décidé d'établir une clinique dentaire scolaire pour le traitement des dents des enfants des écoles de la ville.

CONGRÈS DE STRASBOURG

La quarante-quatrième session du Congrès annuel de l'A. F. A. S. s'est tenue à Strasbourg aux dates indiquées et, en ce qui concerne la section d'odontologie, a eu un brillant succès. Avant de commencer le compte rendu complet de cette belle réunion, c'est-à-dire la publication des communications et des discussions, nous tenons dès à présent à exposer sommairement à nos lecteurs le bilan de ces assises professionnelles interrompues par les événements depuis six ans.

La section d'odontologie ne comptait pas moins de 118 adhérents. Ce chiffre, peu habituel, s'explique aussi bien par le désir de chacun de reprendre contact avec ses confrères, de présenter le résultat de ses recherches, de profiter de celles des autres, que par la joie de fouler cette terre d'Alsace enfin délivrée du joug de ses oppresseurs et par le nombre des dentistes strasbourgeois et alsaciens. Un groupe de dentistes belges était d'ailleurs inscrit, ainsi que des représentants anglais, canadien et américain.

Le Comité local avait fait de son mieux et il convient de l'en remercier.

Le Congrès était présidé par le Professeur Calmette, correspondant de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

La séance solennelle d'ouverture a eu lieu le lundi 26, à 10 heures du matin, à l'ancien Palais du Parlement, aujourd'hui Conservatoire de musique, place de la République (nouvelle ville).

Le même jour, à 14 h. 1/2, réunion des sections dans les salles du lycée Fustel de Coulanges, place de la Cathédrale.

Les jours suivants, les communications orales ont été faites du moins pour la section d'odontologie (la 14e, comme on sait), présidée par le Dr Vichot, de l'Ecole dentaire de Lyon, dans l'amphithéâtre de la clinique médicale A de la Faculté de médecine à l'hôpital civil, et les démonstrations pratiques à la clinique dentaire de cette Faculté, à l'hôpital civil également. Cette clinique est parfaitement installée et dirigée par le Dr Lickteig.

Les premières étaient au nombre de vingt, dont plusieurs avec projections ; chacune a été suivie d'une discussion. Les secondes étaient au nombre de treize.

Une petite exposition de fournitures, d'appareils et d'instruments dentaires était organisée également à la clinique dentaire.

Indépendamment de ces séances, inscrites au programme officiel, les congressistes ont visité la clinique dentaire scolaire de la ville, remarquablement aménagée dans le bâtiment des bains

municipaux, boulevard de la Victoire (ancien Nicolaus Ring), dirigée par le Dr Hamman, ainsi que la clinique dentaire de la Caisse d'assurance locale contre la maladie, dirigée par le Dr Kieffer et aménagée de même avec le plus grand soin.

Les congressistes ont été reçus le lundi 26, à 8 h. 1/2 du soir, par le Maire et le Conseil municipal à l'Orangerie, dont les magnifiques jardins étaient illuminés et où la musique municipale a donné un concert.

Les travaux de la section d'odontologie ont été clôturés par un banquet de quatre-vingt-huit couverts, comptant une vingtaine de dames et organisé par le Comité local à l'Hôtel Union, quai Kellermann. Des toasts chaleureux y ont été portés, notamment par le président, M. Vichot, par le Dr Charron (de Montréal), M. Field Robinson et M. Rosenthal (Bruxelles).

Comme à l'ordinaire le programme officiel comprenait plusieurs journées d'excursions : à Sainte-Odile, à Mulhouse, à Saverne et au Haut-Barr, à Colmar, aux Trois-Epis et au Linge-Kopf.

Le Conseil de l'A. F. A. S. a désigné Rouen pour le siège du Congrès de 1921 et M. Georges Villain en a été élu président.

La belle réunion de Strasbourg s'est tenue au milieu d'une atmosphère de sympathie, de courtoisie et de cordialité peu commune, qui réjouissait le cœur et rendait plus profitables les travaux présentés et l'échange d'observations qui les accompagnait. Des mémoires d'une réelle valeur scientifique et des procédés techniques d'un mérite incontestable étaient inscrits à l'ordre du jour et n'ont pu que contribuer à augmenter le bagage des connaissances théoriques et pratiques. On apprend toujours quelque chose dans un congrès, cela est vrai surtout pour celui-ci où les praticiens de la vieille France se sont trouvés pour la première fois en contact avec ceux de la nouvelle, dont ils étaient séparés depuis 50 ans et avec lesquels ils n'avaient jamais eu l'occasion de se rencontrer en tête à tête. C'est de la juxtaposition des efforts et des recherches des individualités que naît le progrès ; mais il ne peut avoir son plein effet qu'à condition de se faire jour, et le milieu des congrès est particulièrement propre à cette diffusion.

Souhaitons que beaucoup de confrères — trop, hélas ! s'obstinent à vivre dans l'isolement, dans leur tour d'ivoire, dédaigneux ou ignorants de ce qui se passe ailleurs — se pénètrent de cette vérité et se décident enfin à sortir de leur torpeur pour venir rejoindre pendant quelques jours les habitués de ces réunions scientifiques annuelles. Non seulement ils n'y perdront rien, mais ils y glaneront sûrement et ce sera en tout cas un moyen intelligent et profitable de passer quelques jours de vacances.

VARIA

LE DENTISTE FRANÇAIS LEMAIRE EN AMÉRIQUE

La Revue américaine « *Oral Hygiene* » publie, sous la signature de M. Burton Lee Thorpe, une biographie du chirurgien-dentiste Lemaire (1752-1834), tirée de « *The History of Dental Surgery* ». Nous en reproduisons quelques passages :

« Le premier des vrais héros à considérer est Joseph-Jean-François Lemaire, patriote révolutionnaire et pionnier de l'art dentaire, né à Mayenne, en 1752.

» Après avoir terminé ses études à l'Ecole de médecine de Paris, il se consacra à l'étude de l'art dentaire dans cette ville. Le sang généreux du patriotisme coulait dans ses veines et l'incita à partir pour l'Amérique avec la flotte française, commandée par Rochambeau pour prendre part à notre lutte pour l'indépendance. Il arriva le 12 juillet 1780 et débarqua à Newport, où il se mit à pratiquer la chirurgie et l'art dentaire au profit des soldats des armées alliées.

» Lemaire était un ami intime du marquis de Lafayette, qui parlait en termes élogieux de son habileté comme dentiste.

» Pendant la bataille, il était au plus fort de l'action et combattait vaillamment. Lorsque les armées américaines et françaises eurent pris leurs quartiers d'hiver en 1781-82, dans le voisinage de Providence (Rhode-Island), alors que tous étaient à demi-vêtus, à peine nourris et souffraient tous les maux possibles par suite des privations et intempéries, Joseph Lemaire travailla consciencieusement à soulager ses frères d'armes et les habitants de la contrée de leurs douleurs dentaires et autres.

» Pendant l'hiver 1781-82, Lemaire enseigna la dentisterie à deux compagnons d'armes, un de ses compatriotes, James Gardette[1], âgé de 25 ans, l'autre un américain, Josiah Flagg, dix-huit ans, qui plus tard firent tous deux honneur à la dentisterie américaine.

» Après la guerre, il donna ses leçons à un M. Spence et à plusieurs autres. Il fut le premier professeur de dentisterie en

1. Les études de James Gardette étaient déjà commencées, car nous lisons dans la *Notice sur l'histoire de l'art dentaire*, de M. L. Lemerle : « James Gardette, né à Bordeaux (1756-1831), fut d'abord médecin de la marine, puis apprit la chirurgie dentaire chez Fandinier, dentiste à Paris. »

Amérique et sa venue marqua le commencement de l'art dentaire comme profession dans ce pays.

» L'habileté de Lemaire se complaisait dans les travaux chirurgicaux et sa spécialité était la transplantation des dents, qu'il introduisit en Amérique. Nous savons qu'il n'obtint pas de succès dans ce genre d'opérations pendant la guerre, sans doute en raison du mauvais état de santé de ses patients. Durant l'hiver 1781-1782, il « transplanta plus de cent dents, sans qu'une seule réussit ».

Après la guerre, Lemaire s'établit successivement à New-York, Philadelphie (1784-86), enfin à Baltimore (1787). Il annonçait ainsi sa venue aux habitants de Philadelphie : « Le Dr Lemaire, dentiste, qui a obtenu un si grand succès dans la transplantation des dents à New-York, a l'intention de se rendre à Philadelphie à la fin de septembre et d'y rester quelque temps. La date de son arrivée et l'adresse de sa résidence seront annoncées dans les journaux » (*Pennsylvania Gazette*). Un autre de ses avis faisait savoir que « six mois auparavant, il avait transplanté avec succès cent vingt-trois dents » et qu'il « sculptait aussi des dents artificielles dans des blocs d'ivoire ».

Il réussit très bien à Philadelphie et y gagna, paraît-il, beaucoup d'argent. Il pratiqua de nombreuses transplantations. Un journal local publia une annonce d'après laquelle Lemaire offrait deux guinées par dent saine aux personnes disposées à vendre leurs dents antérieures. Il ne semble pas, d'ailleurs, qu'il ait obtenu dans ces opérations, des résultats durables.

Lemaire « possédait une nature géniale et était considéré par les habitants de Philadelphie comme un homme courtois, cultivé, d'une haute compétence dans sa profession ».

En 1787, Lemaire rentrait en France et se remettait à exercer à Paris. Il y écrivit et publia ses ouvrages, notamment : *Le Dentiste des dames* (1812, réédité en 1824 et 1833) ; une *Histoire naturelle et maladies des dents humaines* « traduction de l'ouvrage anglais de Joseph Fox (1821) » ; un *Traité de physiologie et pathologie dentaires* (1822-24).

Lemaire mourut à Maisons-Alfort en 1834, après une carrière bien remplie.

« Son nom », dit l'auteur américain, vivra dans l'histoire dentaire comme celui d'un patriote et d'un pionnier de la chirurgie dentaire, dont l'émigration marque le commencement de la dentisterie en Amérique et qui fut le premier professeur d'art dentaire dans ce pays.

(*La Semaine dentaire*, 17 juin 1920).

Le *London Mail* annonce que le dentiste de la prison de Portland, M. J. Wallis, après trente-cinq ans de loyaux services, prend sa retraite.

Il avait donné ses soins à quelques-uns des plus notoires malfaiteurs de ce temps. Il a raconté à un journaliste qui l'interviewait, que celui de ses « clients » de qui il a gardé le meilleur souvenir fut un certain Billy Swindam, qui avait été condamné à mort pour avoir tué deux femmes.

Le jour de l'exécution, on allait conduire Billy à la potence, quand il fit demander le dentiste. M. Wallis fut appelé aussitôt. Billy demandait simplement qu'on lui obturât une dent qui était en mauvais état.

Et comme le dentiste s'étonnait, Swindam lui répondit qu'en dehors de l'incident dont il allait rendre compte à la justice, il avait toujours été un gentleman et qu'il tenait à le rester.

On lui obtura sa dent et on le pendit. - *(Le Figaro).*

CROYANCES MONTÉNÉGRINES

Les superstitions remplacent en bien des cas les remèdes au Monténégro, où dernièrement, il n'y avait pour toute la population que quatre docteurs indigènes.

On a constaté, chez les montagnards monténégrins, une ignorance absolue des règles les plus élémentaires de l'hygiène et a dû combattre de bien curieuses superstitions. Beaucoup croyaient que les souffrances physiques voyageaient avec les vents funestes et étaient distribuées pendant les nuits les plus obscures par des esprits malfaisants.

Pour se garder des maléfices de ces esprits qu'ils appellent « jinni », les montagnards ferment leur fenêtre pendant la nuit. C'est pourquoi la tuberculose fait parmi eux de grands progrès. Les conseils et les remèdes des médecins ne furent pas reçus avec enthousiasme. Il fallut ruser bien des fois. C'est ainsi que les Monténégrins aiment à diagnostiquer leur propre cas. Un vieillard ayant une affection chronique de la gorge prétendait avec insistance que ce mal provenait de ce que sa langue était trop petite. Il n'accepta un gargarisme antiseptique que parce qu'on lui répéta que le liquide allait faire grandir sa langue. Il fut bien étonné d'être guéri.

Quand un dentiste de la Croix-Rouge arrache une dent à un Monténégrin, il constate que le patient porte ensuite pendant plusieurs jours un mouchoir devant sa bouche hermétiquement close. C'est pour empêcher un esprit de venir se loger dans la cavité.

NÉCROLOGIE

Médecin-inspecteur Simonin.

Le médecin inspecteur Simonin, ancien professeur au Val-de-Grâce, directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, vient de mourir à l'âge de 56 ans.

Il avait présidé le banquet du Congrès dentaire interallié de novembre 1916 en remplacement de M. Justin Godart et s'était toujours montré favorable aux revendications des chirurgiens-dentistes pendant la guerre.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Dans les nominations de Chevalier de la Légion d'honneur au titre des expositions, nous relevons : « M. Denis Le Sève Emile-Pierre, chirurgien-dentiste à Paris, *Professeur* à l'Ecole dentaire de Paris ; 29 ans de pratique professionnelle. Grand prix à l'exposition franco-marocaine de Casablanca 1915. Hors concours à l'exposition universelle et internationale de San-Francisco 1915. »

Nous adressons nos vives félicitations à notre confrère, membre de l'A. G. S. D. F., qui a été *démonstrateur* et non *professeur* à l'Ecole dentaire de Paris.

F. D. I.

La Commission de bibliographie et de documentation de la F. D. I. se réunira à Bruxelles le 7 septembre 1920 à l'occasion de la conférence internationale de bibliographie et de documentation organisée par l'Institut international de bibliographie (1, rue du Musée), dans cette ville pour le même jour et les jours suivants.

Un projet de convention internationale et de statuts, reproduisant les principales dispositions des statuts des Unions internationales créées récemment en connexité avec le Conseil international de recherches, y sera présenté.

Congrès professionnel de l'art dentaire.

Le Syndicat des Praticiens de l'Art dentaire organise un Congrès professionnel qui se tiendra à Anvers les 4 et 5 septembre 1920, à l'occasion des fêtes de la VIIe Olympiade.

Cette réunion est préparée en dehors de tout esprit de doctrine. Elle groupe les praticiens, qu'ils soient odontologistes ou stomatologistes, pour leur permettre d'étudier ensemble des questions d'intérêt matériel devenues, dans les circonstances actuelles, d'une importance capitale et parmi celles-ci : *leurs relations avec leurs employés, ouvriers, fournisseurs.*

Un programme définitif et détaillé sera adressé ultérieurement, mais, dès à présent, le bureau recevra avec plaisir les inscriptions des confrères désireux d'assister au Congrès ou d'y participer plus effectivement encore en y faisant une communication.

En raison de la crise des logements, les confrères étrangers à la ville feront bien de s'adresser sans retard au bureau.

Un service de logements sera assuré, soit dans des hôtels, pensions, etc., soit en mettant à contribution l'hospitalité de confrères anversois.

Le programme réservera, bien entendu, une part aux fêtes de la VIIe Olympiade, ainsi que la visite de la Ville et du Port.

Le bureau est ainsi constitué : *Président,* Dr Watry, 7, rue Bourla, Anvers. — *Vice-Président,* A. Joachim. — *Trésorier,* Dr Delvielmaison. — *Secrétaire général,* Dr J. Polus.

Programme provisoire.

Vendredi 3 *septembre,* 21 heures, Grand Hôtel. — Réception.

Samedi 4 *septembre,* 9 heures, Grand Hôtel. — Première séance plénière :

1° Relations avec les fournisseurs ;
2° Coopératives ;
3° Relations avec les sociétés d'assurances et de mutualité ;
4° Communications individuelles.

14 h. 1/2. — Deuxième séance plénière :

1° Relations avec le personnel ;
2° Communications individuelles.

Dimanche 5 *septembre,* 8 h. 1/2. — Troisième séance plénière.

1° Déontologie ;
2° Communications diverses.

10 h. 1/2. — Visite de la ville et du port.
14 heures. — Réception officielle aux Jeux Olympiques.
19 heures. — Banquet au Grand Hôtel.

A l'Académie de médecine de Buenos-Ayres.

Nous apprenons la nomination du Dr N. Etchepareborda, D. E. D. P., notre vieil et excellent ami, comme membre de l'Académie de médecine de Buenos-Ayres. Cette nouvelle nous cause un plaisir extrême.

Notre ami a fait ses études à l'Ecole dentaire de Paris, dont il fut lauréat, et nous a laissé à tous le souvenir d'un homme instruit et de grande intelligence. Nous avons suivi sa carrière brillante comme fondateur, puis professeur et enfin directeur de l'Ecole dentaire argentine. Il était donc tout désigné à cette nomination en récompense de ses efforts constants pour le bien de l'évolution de la profession en Argentine.

Nous lui adressons nos félicitations les plus sincères et les plus affectueuses.

G. Viau.

A l'Université de Liverpool.

Une chaire d'odontologie vient d'être créée à l'Université de Liverpool. C'est la première création de ce genre en Angleterre.

M. W. H. Gilmour en a été nommé titulaire.

Il y a lieu de souligner l'importance de cet événement qui marque la reconnaissance de la profession dentaire par les Universités britanniques.

Il y a lieu également de se féliciter du choix qui a été fait de M. Gilmour, praticien connu par les qualités de son enseignement et sa haute valeur professionnelle.

Création d'une Faculté d'Odontologie au Canada.

On vient de créer une Faculté d'Odontologie à l'Université anglaise Mac Gill à Montréal. Elle compte actuellement 400 étudiants. Précédemment la section dentaire, ainsi transformée, dépendait de la Faculté de médecine.

Ajoutons que l'Université française Laval a pris le nom d'*Université de Montréal*.

Nouveaux journaux.

Nous avons reçu le premier numéro de la *Revista dental* publiée trimestriellement à partir d'avril 1920 à Macaraibo (Venezuela) par la *Fraternité odontologique du Zulia*, fondée il y a 4 ans.

Nous avons reçu également le premier numéro (juin 1920) de l'*Action dentaire*, journal mensuel, professionnel et indépendant, publié à Marseille.

Nous souhaitons bonne chance à ces nouveaux confrères.

Nouvelles sociétés dentaires.

Nous apprenons par le *Bulletin odontologique de l'Association centrale brésilienne de chirurgiens-dentistes* de mars 1920 la fondation de l'Association de chirurgiens-dentistes de l'Etat des Amazones le 8 juillet 1919 et la fondation à Coritiba (Etat de Parana) de la Société odontologique du Parana le 9 novembre 1919.

Congrès odontologique latino-américain.

Le premier Congrès odontologique latino-américain, sous le patronage du Président de la République de l'Uruguay, se tiendra du 18 au 23 septembre 1920 à Montevideo. Il comprendra dix sections, avec une exposition.

Le titre de docteur américain en Espagne.

Le Moniteur officiel du ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts d'Espagne du 13 août 1919 a publié la décision suivante :

« Les étrangers exerçant en Espagne la profession de dentiste en vertu d'une autorisation spéciale et temporaire, à défaut de titre espagnol, ne peuvent s'annoncer en faisant précéder leur nom du titre de docteur sans mentionner le Centre étranger qui le leur a conféré, et il n'y a pas équivalence entre les titres de dentiste et de docteur en chirurgie dentaire conférés par les Universités et les Centres d'enseignement d'Amérique et le titre d'Odontologue espagnol ».

(*Revista dental*, La Havane, mai 1920).

Dans les Universités allemandes.

Un Institut dentaire vient d'être créé à l'Université de Hambourg.

***

Nous relevons dans la *Zahnärztliche Rundschau* du 13 juillet 1920 la promotion au grade de docteur en chirurgie dentaire d'un certain nombre de chirurgiens-dentistes après examens et thèses.

Congrès de l'histoire de l'art de guérir.

Le premier congrès de l'histoire de l'art de guérir, organisé par le Cercle médical d'Anvers, à l'occasion de son 3e centenaire, a eu lieu dans cette ville du 7 au 12 août 1920, à la Maison des médecins.

Parmi les communications figurant au programme nous relevons les suivantes :

Dr Allaeys, directeur de la *Revue belge de Stomatologie* ;

1° Trouvailles relativement aux cure-dents ;

2° La dent de Saint-Guttagon.

Une exposition rétrospective était annexée au Congrès.

Comité central de réception des étudiantes étrangères à New-York.

En vue de réunir les efforts des différentes associations et des personnes qui s'intéressent à la réception des étudiantes étrangères, pendant leur passage ou leur séjour à New-York, il vient d'être formé un comité central pour la réception des étudiantes étrangères à New-York. Ce comité a ses bureaux au 419 West 117 th Street. Il est ainsi composé : *Présidente :* Mme Virginia C. Gildersleeve, de Barnard College, Présidente du Comité des Relations Internationales de l'Association des Anciennes Etudiantes ; *Secrétaire* : Mlle Virginia Newcomb, de l'Institut International d'Education. Des délégués du Y. M. C. A., de l'Association des Anciennes Etudiantes (sous-comité d'Hospitalité), des Institutions catholiques, du Conseil des Femmes juives, de la Société de Secours aux Voyageurs, du Club Universitaire des Femmes, et de la Maison Française en font partie.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser à Mlle Newcomb, au Secrétariat (Téléphone : Morningside 7.419).

Récompenses.

Notre confrère M. Robert Morche vient de recevoir la médaille d'or de la *Société nationale de l'Encouragement au Bien*,

pour l'ensemble de ses publications littéraires et notamment son guide de l'Ecrivain.

***

C'est avec grand plaisir que nous relevons dans le *Journal Officiel* du 17 juillet 1920 parmi les nouveaux titulaires de la médaille de bronze de la Reconnaissance française le nom de notre confrère M. R. Anema, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de M. Fernand Frouin, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Charlotte Cadet. La cérémonie a eu lieu le 19 juillet 1920.

Félicitations et souhaits de bonheur aux jeunes époux.

Association Confraternelle des Dentistes de la Seine-Inférieure et des Départements Limitrophes.

Nous apprenons la formation de « L'Association Confraternelle des Dentistes de la Seine-Inférieure et des Départements Limitrophes », avec siège social à Rouen, chez le Président, 16, rue des Carmes.

Le bureau est ainsi constitué :

Président	MM.	Michel.
Vice-Président		Dr Marsat.
Secrétaire		L. Laurent.
Trésorier		Ferry.

F. D. N. belge

Les F. D N. belge et française organisent une réunion pour le vendredi 3 septembre à Anvers.

Les confrères désireux d'y assister sont priés de faire parvenir leur adhésion au secrétaire, M. L. Demoulin, 15, avenue Fonsny, Bruxelles.

Cette réunion précède le Congrès professionnel de l'art dentaire.

40e ANNÉE. N° 9 30 SEPTEMBRE 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

COURONNES-CROCHETS, LEUR UTILISATION EN PROTHÈSE (APPAREILS ET BRIDGES AMOVIBLES)

Par Henri VILLAIN,

Professeur de bridges et couronnes à l'École dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 2 mars 1920.)

Sur la demande de notre président, qui a insisté auprès de nous pour qu'une question de bridge soit portée devant notre Société d'Odontologie, j'ai pensé intéressant de vous entretenir ce soir de la technique de construction d'un pilier amovible de bridge ou d'appareil, que nous employons depuis une quinzaine d'années et qui nous a rendu les plus utiles services : nous voulons parler de la « couronne-crochet » (Figures 1 et 2).

Georges Villain l'a employée vers 1906 et nous avons, à notre connaissance, des patients porteurs depuis au moins dix ans de bridge ou d'appareil amovibles dont les piliers postérieurs ont été exécutés selon cette méthode, et cela pour le plus grand bien de ces patients.

Avant tout, rappelons que nous sommes de plus en plus partisans du *Bridge amovible* et que chaque fois que nous le pouvons, nous délaissons le bridge fixe, non pas que ce dernier n'ait que des inconvénients, mais surtout à cause de l'impossibilité absolue de le tenir en parfait état de propreté, même par les gens les plus soigneux de leur bouche.

Reconnaissant l'utilité de le remplacer par le bridge amovible, nous sommes arrivé à réduire les principaux

inconvénients de ce dernier : la difficulté dans la confection des piliers, du parallélisme absolu ; l'utilité d'adjoindre un pivot avec gaîne aux couronnes télescopes, trop courtes quelquefois pour assurer longtemps un serrage suffisant ; enfin l'habileté particulière qu'il faut au mécanicien pour confectionner une couronne télescope, tandis que la couronne-crochet peut être exécutée facilement, plus facilement même qu'un crochet ordinaire sur une dent de

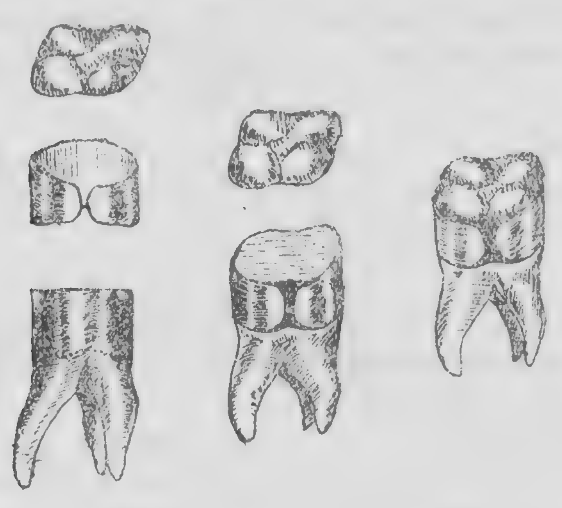


Fig. 1. Fig. 2

forme anatomique et par conséquent à contours non cylindriques.

Pour rechercher le parallélisme nous avons à notre disposition plusieurs appareils, entre autres : 1° le *pied à coulisse ou Bridgemeter* qui peut nous donner la direction de nos pivots, mais qui est loin d'être précis ;

2° l'appareil imaginé par *L. J. Weinstein* (fig. 3, 4, 5, 6), très utile pour déterminer en bouche le parallélisme des différentes couronnes Richmond ou inlays à pivot amovibles, et sur le modèle pour vous donner le parallélisme de ces Richmond ou inlays avec les couronnes métalliques des molaires qui doivent servir de piliers dans un même bridge amovible ;

3° le stabilisateur de notre confrère Rosenthal qui vous fut présenté ici-même il y a peu de temps.

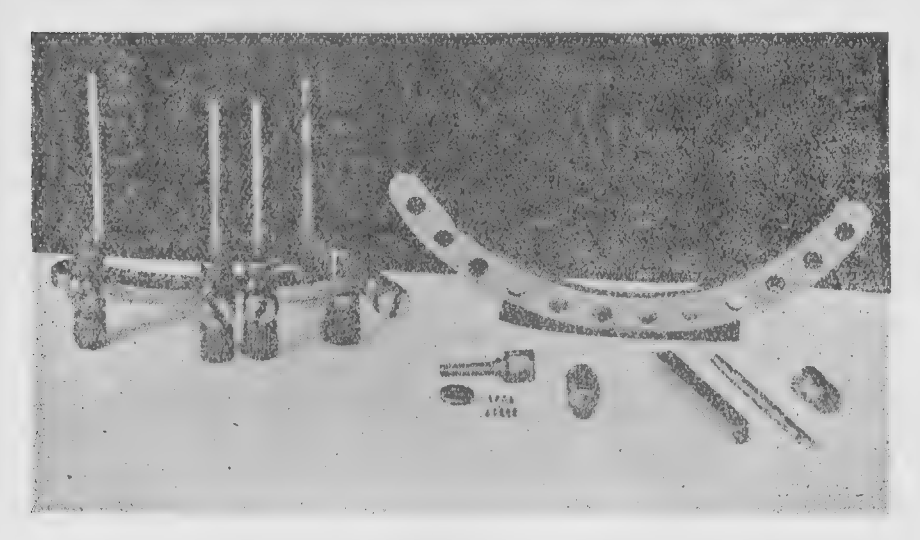


Fig. 3.

Cet appareil peut certainement permettre d'élargir les canaux en vue de l'ajustage de tubes qui peuvent être placés

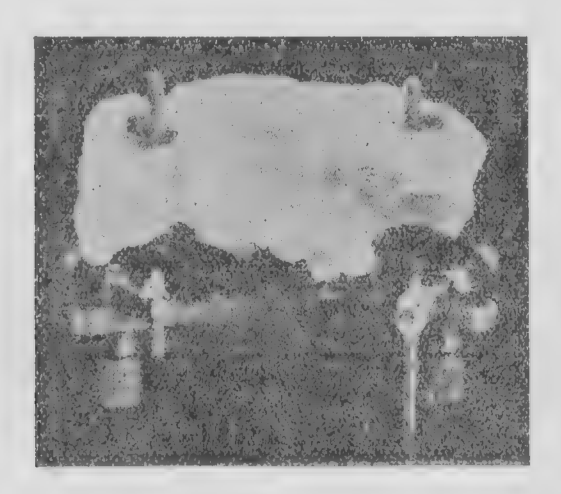


Fig. 4.

parfaitement parallèles, mais le grand danger me paraît être dans la facilité de creuser au delà même de la direction

de ces canaux et par suite de risquer de faire de faux canaux.

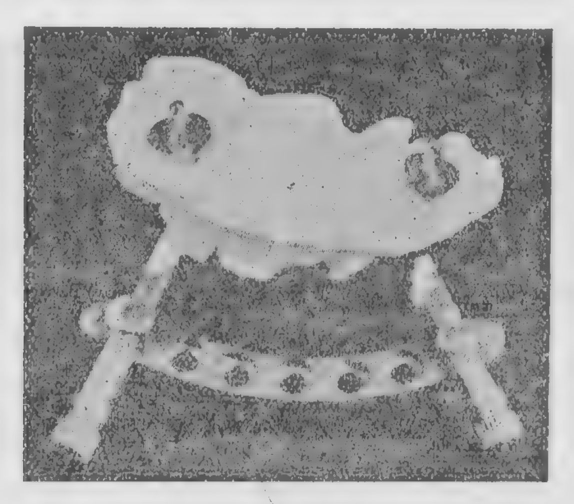


Fig. 5.

C'est d'ailleurs à cause de cette difficulté dans la recher-

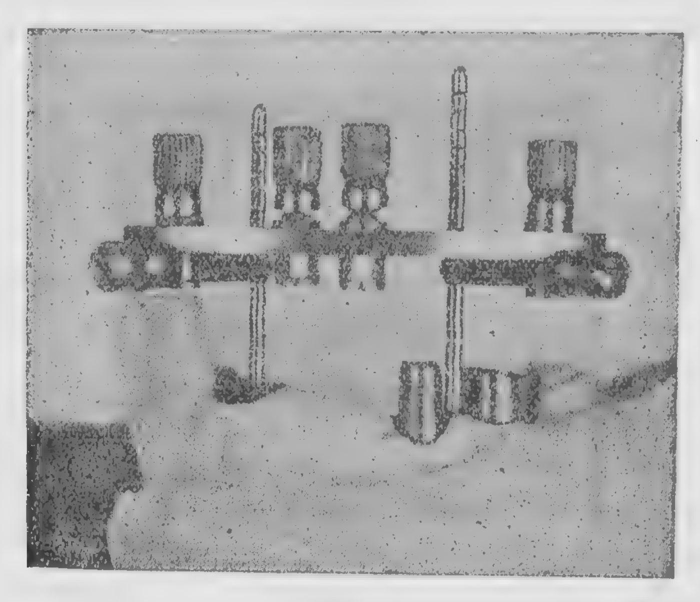


Fig. 6.

che du parallélisme des pivots que, pour faciliter le travail

du bridge amovible, la nécessité s'est fait sentir d'employer des procédés techniques plus pratiques.

Notre collègue Touvet-Fanton avait présenté à cet effet



Fig. 7.

des pivots à rotule qui ne furent pas très employés, je crois, à cause de leur peu de solidité.

Les Américains emploient beaucoup les attaches exter-



Fig. 8.

nes, les glissières, les tenons horizontaux ou verticaux, les mortaises en queue d'aronde, les ancrages de Roach et autres systèmes similaires.

Ces différentes attaches externes, placées en général vers

le bord libre des dents, forment le plus souvent un bras de levier beaucoup trop grand qui fatigue rapidement l'organe qui les soutient. D'où la nécessité de relier plusieurs dents



Fig. 9.

entre elles pour diminuer l'effort qu'elles auraient seules à supporter.



Fig. 10.

Une autre difficulté réside dans le placement des faces de porcelaine aux dents qui supportent ces ancrages.

Dans la confection des bridges amovibles, ces différents points d'appui : la couronne Richmond, l'inlay pivot amo-

vibles et la couronne télescope de notre excellent maître Peeso [1], sont les plus employés. Je vous apporte ce soir une

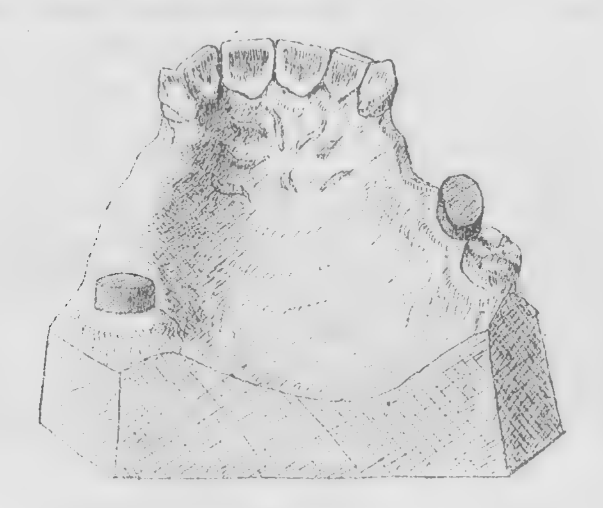


Fig. 11.

contribution modeste à l'amélioration de la technique, mo-



Fig. 12.

difiant la couronne télescope, que nous transformons en couronne-crochet.

1. Les figures 3, 4, 5 et 6 ont été prises dans le très intéressant livre *Crown and Bridge-Work*, de Peeso.

Permettez-nous de vous décrire succinctement la technique de cette couronne-crochet.

En bouche la dent est décortiquée de la même façon que pour une couronne ordinaire ; après avoir pris la mesure au



Fig. 13.

dentimètre, découpez une bande d'or à 22 carats selon le périmètre de la dent, à bords parallèles. Faites un biseau sur le côté droit, rabattez le côté gauche sur le bord biseauté et brasez votre bande. Ajustez cette bague en bouche

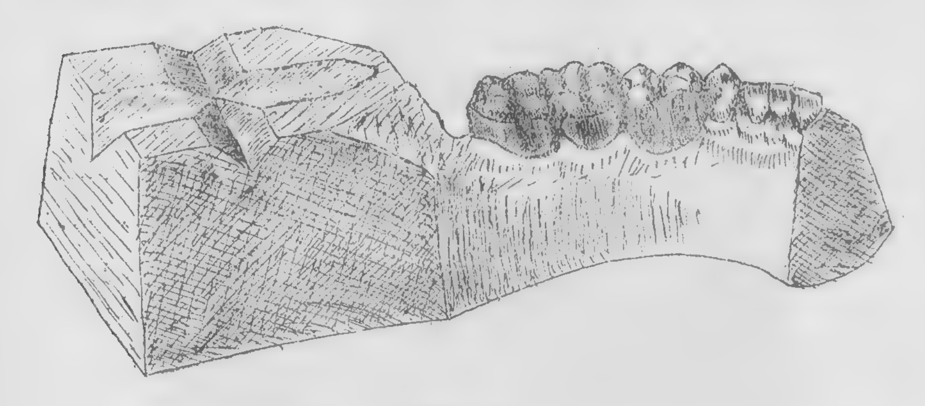


Fig. 14.

en conservant les bords bien parallèles et prenez les empreintes. Une fois les empreintes coulées et stéarinées, mettez la bague en forme, en ayant bien soin de vérifier le parallélisme avec les autres points d'appui, coupez-la à la hauteur nécessaire pour avoir la place du cuspide. Repliez

en dedans le bord du sommet pour faciliter l'entrée du bridge, mettez à plat et brasez le plancher, limez les bords, perdez la brasure et polissez.

Votre première coiffe, celle qui doit être scellée en bouche, est terminée ; collez-la sur le modèle à la cire collante et commencez la deuxième opération de la couronne-crochet.

Comme pour un crochet ordinaire découpez un plomb qui vous donnera tout de suite le bord gingival ou, plus simplement, prenez le périmètre au dentimètre et découpez

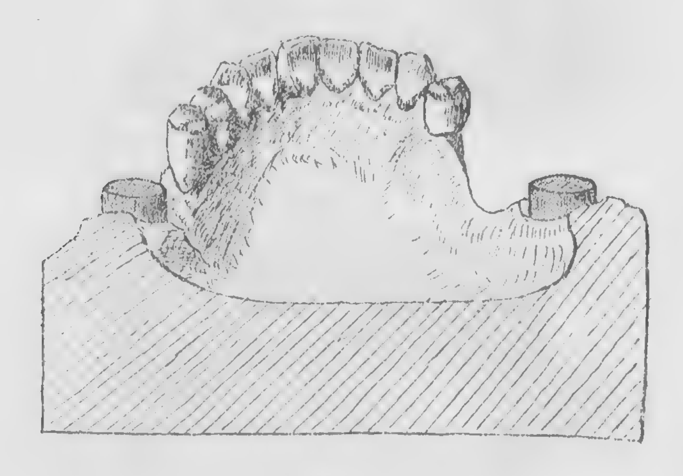


Fig 15.

une bande d'or platiné à crochet à 18 carats au 12 de la filière.

Ajustez cette bande autour de la première coiffe, ce qui s'exécute beaucoup plus facilement que vous ne feriez un crochet ordinaire, qui a souvent besoin d'être bouterollé, tandis que les faces de la coiffe sont planes et parallèles. Laissez un espace de 1 à 2 millimètres entre les deux bords du crochet qui viendra s'ouvrir à la face jugale, si c'est un cas normal, ou à toute autre face si cela doit faciliter l'entrée du crochet.

Avec la couronne-crochet, le parallélisme est moins rigoureux ; toutefois, dans le cas de dents ayant émigré

mésialement ou distalement, le crochet peut n'envelopper que deux ou trois des côtés de la coiffe et réduire ainsi la difficulté d'entrée.

Sculptez en cire le cuspide selon l'occlusion, coulez en or à 18 ou 20 carats et soudez au crochet sur le côté opposé à l'ouverture de ce dernier, afin de laisser le plus d'élasticité

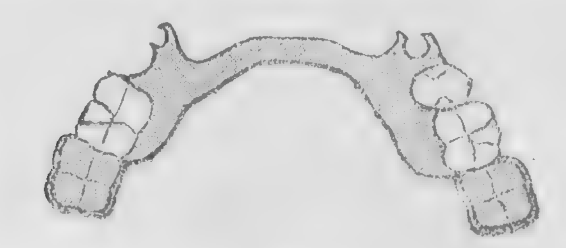


Fig. 16.

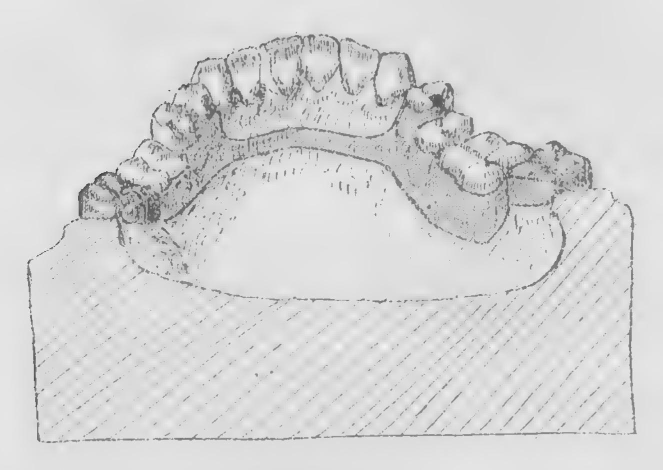


Fig. 17.

possible aux autres côtés et faciliter ainsi l'entrée et le serrage de la couronne.

Si cette couronne est destinée à une dent voisine d'une autre en bouche et que l'épaisseur du crochet ne suffise pas à rattraper le point de contact, rien n'est plus simple que de couler un peu de soudure sur le crochet à cet endroit ou d'y souder un inlay si l'espace est trop grand.

Nous employons ces couronnes-crochets non seulement

dans les bridges amovibles, mais très souvent pour des appareils, ce qui donne une fixité presque aussi grande que dans les bridges, assure une force de mastication incomparablement supérieure à celle des appareils à crochets ordinaires, qui cèdent toujours un peu sous l'effort masticatoire. Elles permettent de faire des plaques aussi réduites que possible pour le maxillaire supérieur (fig. 11 et 12). Pour le

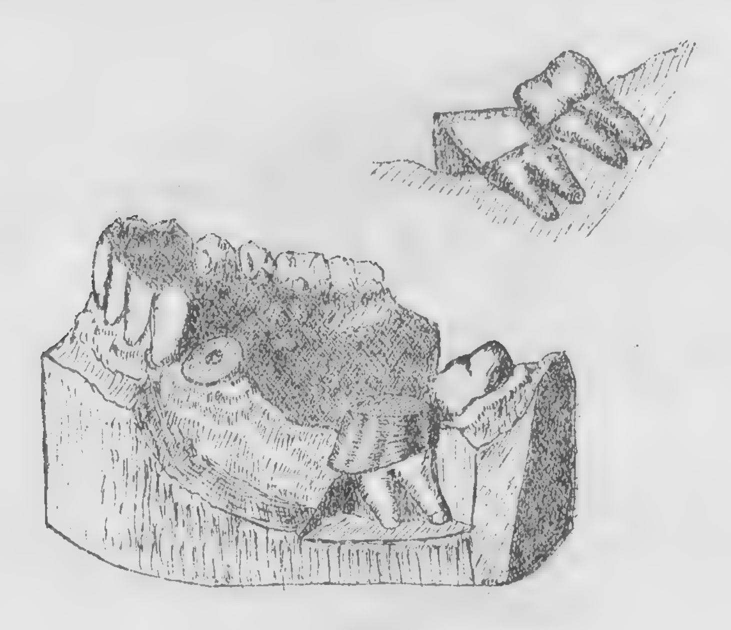


Fig. 18.

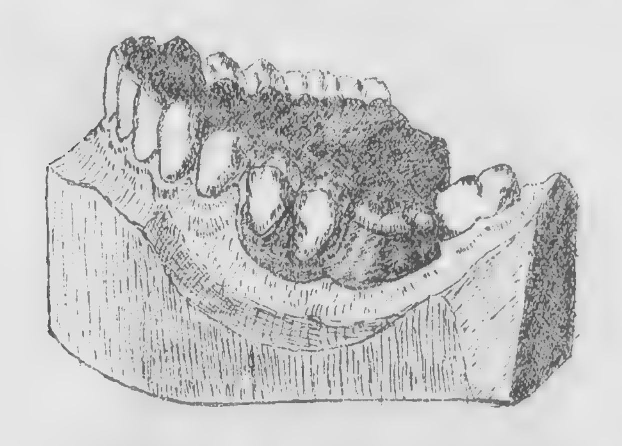
maxillaire inférieur c'est dans bien des cas l'abandon de la grande plaque portant sur les faces linguales des incisives et canines et si gênante dans les débuts, surtout pour la parole et la langue. C'est le remplacement de cette plaque par le gros fil placé très bas sur la muqueuse bien en dessous du collet des dents et qui n'est d'aucune gêne (fig. 15, 16 et 17).

Bien entendu si les couronnes-crochets sont au niveau des molaires, il est indispensable de placer des taquets de platine sur la face triturante d'une prémolaire de chaque côté pour éviter l'enfoncement de ce fil dans la muqueuse.

Nous vous présentons quelques appareils ou bridges en cours de confection ; ils vous montreront, mieux que toute description, l'emploi de la couronne-crochet.

Un de ces bridges, celui composé d'une Richmond amovible, de deux dents intermédiaires et d'une couronne-crochet (fig. 16 et 17), possède une histoire intéressante à narrer.

Avant que je fusse amené à construire ce bridge amovi-



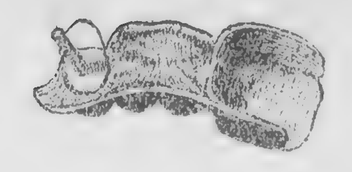


Fig. 19.

ble, le malade avait en bouche un bridge fixe composé d'un inlay pivot, de deux dents intermédiaires et d'une couronne. En bouche depuis près de 10 ans ce dernier avait donné d'excellents résultats et y serait encore si la couronne de la dent qui supportait l'inlay pivot ne s'était pas cariée et finalement fracturée.

J'enlevai donc le bridge sur lequel je remplaçai l'inlay par une Richmond ordinaire. Pendant ce travail, le patient tomba malade et fut obligé de partir dans le Midi sans que

je pusse reposer le bridge rectifié. Il revint 6 mois après et, à ma grande stupéfaction, il me fut impossible de le mettre en place. Comme le montre la figure 18, la dent de sagesse et la dent de 12 ans qui supporte la couronne se sont placées en mésio-gression, tandis que la prémolaire qui supporte la Richmond s'est déplacée en disto-gression. Il en est résulté un manque de parallélisme total et malgré que j'eusse tenté de refaire une couronne après avoir à nouveau préparé la dent et que j'eusse sectionné le pivot de la Richmond pour le mettre amovible, il me fut impossible de replacer l'ancien bridge.

J'eus donc recours au bridge amovible avec une couronne-crochet. Pour rattraper le parallélisme j'ajoutai un inlay à la face mésiale de la première coiffe, tandis que la face distale de cette dernière reformait le point de contact avec la dent de sagesse.

La couronne-crochet s'adaptant sur cette coiffe n'épouse naturellement dans ce cas que trois des côtés de la molaire (lingual, mésial et vestibulaire).

Trop heureux si nous avons pu ce soir vous faire connaître cette petite amélioration de notre technique qui nous rend tous les jours d'appréciables services, nous vous remercions de votre bienveillante attention.

*
* *

Les figures sont dues à l'excellente plume d'un de nos élèves de l'Ecole dentaire de Paris, M. Pierre Desbruères.

APPAREIL D'URGENCE POUR FRACTURE DES MAXILLAIRES

Par Paul HOUSSET,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 7 avril 1920.)

Le traitement des fractures des maxillaires n'est plus au premier plan de nos préoccupations professionnelles. Devons-nous négliger l'étude de ce traitement ? Des accidents nombreux seront provoqués par la locomotion, par la transformation mécanique de l'industrie, par d'autres causes encore et, dans tous les cas qui relèvent de notre spécialité, le dentiste est qualifié pour appliquer les appareils qu'il a su créer pendant la guerre.

Ce précédent nous incite à déclarer que cette question doit intéresser tous les confrères.

Dans une fracture du maxillaire, les fragments doivent être immédiatement placés en coaptation. Il faut rétablir l'occlusion normale.

On peut considérer cette proposition comme un axiome et le praticien qui donnera les premiers soins, même s'il ne veut pas se charger du traitement complet, doit pouvoir appliquer un appareil d'urgence.

Si cet appareil est simple et, ce qui est le plus important, *préparé à l'avance*, l'intervention sera facile et satisfaisante.

Il est inadmissible, actuellement, qu'un blessé soit exposé à rester plusieurs jours, ou même de longues heures douloureuses, sans que sa fracture soit réduite. Tout praticien et toute clinique hospitalière doivent pouvoir assurer tout de suite cette réduction.

*
* *

Parmi les appareils d'urgence, nous connaissons les dispositifs dérivés de l'appareil d'Angle employé en orthodontie. Ils nécessitent l'emploi de bagues.

Dans la boîte maxillo-faciale, composée pour le service des armées, en 1918, par notre confrère Georges Villain[1], existait un arc d'urgence très ingénieux, fixé simplement par des ligatures et des ancrages interdentaires. C'est à M. Georges Villain que revient la première idée d'avoir employé un arc sans bagues. Ce dispositif fut employé aux armées ; dans notre secteur, mon ami Wallis Davy et moi nous en plaçâmes un certain nombre. Puis, toujours avec un arc unique, j'imaginai l'emploi de fixe-goupilles ; cette méthode que nous mîmes au point, Wallis Davy et moi, fut abandonnée quand, par la suite, j'établis et appliquai l'appareil que je vous présente ce soir.

A part quelques cas favorables où il peut permettre la consolidation, il est destiné, en attendant l'appareil définitif, à maintenir les fragments en bonne coaptation et les maxillaires en articulation dentaire correcte.

Il ne convient que dans les fractures intéressant le maxillaire inférieur et les supérieurs, dans la région correspondant aux arcades dentaires, que la fracture soit alvéolaire ou alvéolo-basilaire complète.

Il nécessite la présence de plusieurs groupes de dents.

Il est préparé à l'avance et les pièces sont classées dans une boîte à compartiments.

La pose est rapide, en moyenne vingt minutes, et elle est peu douloureuse.

Son nettoyage est facile. Il permet, en cas de nécessité, le drainage du foyer de fracture.

Il se compose d'arcs, de fixe-goupilles et de goupilles.

Les arcs.

Pour chaque appareil il y a deux arcs, interne et externe, ou lingual et vestibulaire.

A priori, cela paraît être une complication ; en réalité,

---

1. *La Restauration maxillo-faciale*, septembre 1918. Boîte maxillo-faciale, Georges Villain.

c'est la raison même de la facilité de mise en place. Avec ces deux arcs, il est inutile d'employer des ligatures ; or, celles-ci sont difficiles à fixer et d'un nettoyage très peu pratique.

Mais *l'avantage le plus appréciable* est de permettre de placer les goupilles d'ancrage en *allant du côté lingual vers le côté vestibulaire.*

Ceci est très important ; à plusieurs reprises j'ai constaté, avec les autres genres d'appareil d'urgence, la grande difficulté de poser les goupilles de dehors en dedans.

En effet, en cas de fracture, il y a toujours une abondante salivation et parfois hémorragie ou suppuration. Au maxillaire inférieur, il existe très fréquemment un œdème du plancher qui soulève celui-ci et applique la muqueuse contre la face linguale des dents. Si la goupille pénètre du côté externe vers le côté interne de l'arcade, la pointe vient léser cette muqueuse, y pénétrant douloureusement et dangereusement, étant donné l'infection du milieu. Il est, en outre, très difficile de retrouver cette pointe dans le flux salivaire ou hémorragique, de la couper et de la courber. Au contraire, le côté vestibulaire est plus accessible et moins modifié par les conséquences de la blessure et il est facile de suivre le trajet de la pointe.

Pour procéder ainsi il est donc nécessaire d'employer deux arcs.

Je vais faire passer parmi vous quelques pièces et notamment une épreuve de radiographie où vous verrez l'appareil en place.

Il y avait dans ce cas, double fracture unilatérale, au niveau, d'une part, de la branche montante, d'autre part, de la branche horizontale. Le déplacement du fragment intermédiaire était considérable ; l'appareil d'urgence ne concerne naturellement pas la fracture haute de la branche montante, mais dans ce cas compliqué il a pu ramener le fragment intermédiaire en coaptation avec le grand fragment.



Arc double d'immobilisation d'urgence de la fracture de la branche horizontale.

Par suite de la double fracture (branche horizontale et branche montante) le fragment intermédiaire avait subi une déviation considérable. L'arc corrige presque complètement cette déviation, en attendant que la gouttière qui doit réduire cette fracture et la bielle réduisant la fracture de la branche montante soient placées.

On remarque les boules d'étain soudées au moment de poser l'arc et destinées à empêcher les fixe-goupilles de tomber dans la bouche. On constate que, seules, les goupilles maintiennent les arcs et qu'il n'est besoin d'aucune ligature.

Indications concernant les arcs.

Ils sont du même calibre, *23* de la filière de Contenau.

Ils sont en maillechort tiré et NON RECUIT ou de préférence en nickel.

Leur longueur correspond aux courbures interne et externe de l'arcade dentaire. Elle est rectifiée au moment de la pose.

En moyenne elle est de 110 millimètres pour l'arc interne et de 130 millimètres pour l'arc externe (Fig. 3).

Les fixe-goupilles.

Ils sont constitués par deux tubes de deux millimètres et demi de longueur, soudés perpendiculairement l'un à l'autre. L'un est un fragment de tube carré d'Angle pour écrous, l'autre un fragment de tube coulissant exactement sur les arcs. L'épaisseur de la paroi de ce tube est au 6 de la filière de Contenau. Le canal du tube carré d'Angle est alésé du côté où se fait l'introduction de la goupille (Fig. 1, A).

Certains fixe-goupilles portent des tiges soudées parallèlement au tube cylindrique. Ces tiges peuvent être contournées en crochets de formes variables au moment de l'emploi, d'autres fixe-goupilles accouplés portent sur une lame intermédiaire une tête de bielle ou des tubes pour ailette-guide (Fig. 3, D).

Les goupilles.

Elles sont de deux catégories :

Les unes, destinées aux interstices des incisives et canines, sont dites antérieures, les autres, applicables aux prémolaires et molaires sont dites latérales.

Goupilles antérieures.

Elles sont faites d'un fil de maillechort étiré ou de nickel au *12* de la filière de Contenau.

Une extrémité est enroulée en spirale serrée sur une tige

droite du même diamètre que les arcs (Fig. 1, B). Le nombre de spires doit correspondre à la largeur de la dent derrière laquelle est placée la goupille. On peut établir deux largeurs correspondant l'une aux canines et incisives centrales supérieures, l'autre aux incisives latérales supérieures et incisives inférieures. L'extrémité libre est rectiligne, légèrement effilée, sa longueur est de deux à trois centimètres. La *longueur totale de la goupille est de 77 millimètres.*

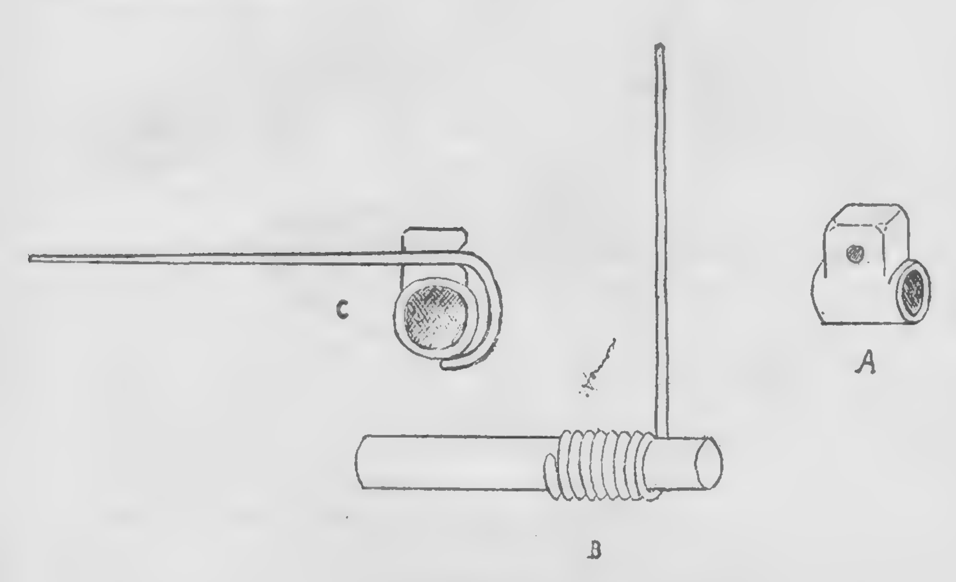


Fig. 1.

A. — Fixe-goupille.
B. — Goupille antérieure.
C. — Goupille latérale en place dans le fixe-goupille et unissant l'arc interne à l'arc externe.

Goupilles latérales.

Elles sont en forme de crosse, la partie droite est longue de deux à trois centimètres, elle est ronde ou formant deux plats avec un bord large du côté concave de la crosse, se rapprochant ainsi de la forme de l'interstice. Le calibre est au *14* de la filière de Contenau, la longueur *totale de trois centimètres.* La crosse est d'une courbure telle que son

extrémité vienne exactement s'engager sous le tube rond du fixe-goupille interne (Fig. 1, C et Fig. 2).

Montage des arcs.

En examinant le blessé on calcule le nombre d'interstices à utiliser, par exemple trois à droite, trois en avant, trois à gauche, en totalité neuf, ce qui est très suffisant. *On place sur l'arc externe le même nombre de fixe-*

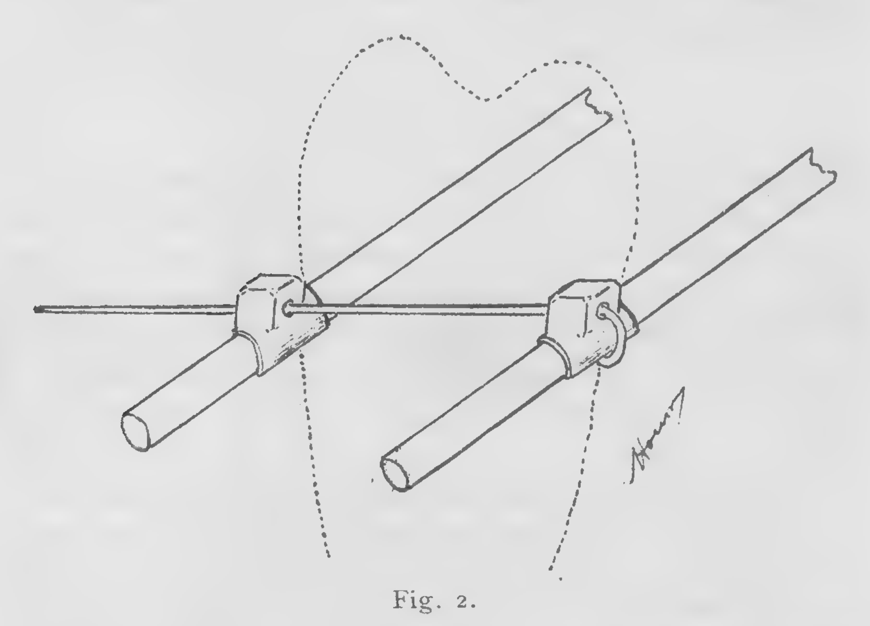


Fig. 2.

Une goupille latérale en place dans les fixe-goupilles et unissant l'arc interne à l'arc externe.

goupilles et l'on enduit d'étain les deux extrémités de l'arc, pour que les pièces ne tombent pas dans la bouche.

Sur l'arc interne on glisse les fixe-goupilles correspondant aux goupilles latérales droites, puis directement les goupilles antérieures, enfin les fixe-goupilles du côté gauche et l'on recouvre d'étain les extrémités de l'arc.

Les goupilles antérieures sont disposées de telle façon que leurs *extrémités libres soient de longueur décroissante de la première à la dernière*, ceci a pour but de faciliter l'introduction successive dans chaque interstice et

dans chaque fixe-goupille externe. *Cette précaution est très importante.* Il suffit de mettre les goupilles sur l'arc et d'écourter leur pointe d'une longueur croissante (Fig. 3, C).

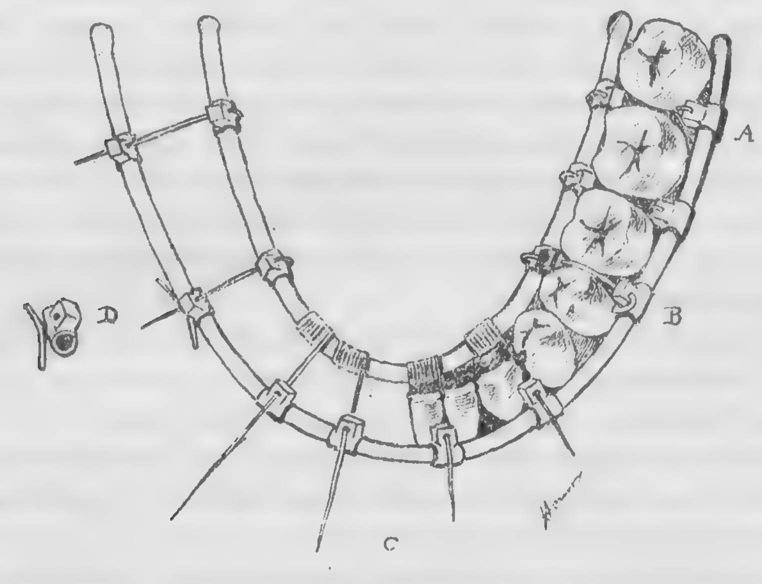


Fig. 3.

L'appareil en place :

A gauche, goupilles du fond dans les interstices A.
goupille B, passant au-dessus de l'interstice, pointes vestibulaires coupées et recourbées.
En avant : goupilles antérieures disposées en longueur décroissante, de droite à gauche, C.
A droite : goupilles non coupées. Fixe-goupille D, avec crochet.

Mise en place.

On porte en bouche l'arc interne sur lequel sont placés les goupilles antérieures et les fixe-goupilles latéraux. On engage les goupilles antérieures, l'une après l'autre, grâce à leur longueur décroissante, dans les interstices repérés. On présente ensuite l'arc externe et les pointes de goupilles antérieures traversent les fixe-goupilles opposés. On écourte et l'on recourbe les pointes (Fig. 3, C).

On place les goupilles latérales de fond, à droite et à gauche, la crosse s'engageant automatiquement sous l'arc interne, et ainsi de suite ; de chaque côté une goupille ou un fil au 10 ou 12 de la filière de Contenau relie les 2 arcs en passant sur l'arcade, en un point non défavorable à l'occlusion.

Étant donné la mobilité des fixe-goupilles la pose est relativement facile. Quand toutes les pointes ont été coupées et recourbées on serre toutes les goupilles en prenant leurs deux extrémités dans les mors d'un davier droit à prémolaire. L'arc est ainsi solidement fixé, sa stabilité est absolue. Mais s'il y a nécessité de laisser un drainage au niveau du trait de fracture, il suffit de serrer modérément les têtes de goupilles.

Il ne peut se produire aucun déplacement, que ce soit dans le plan sagittal ou frontal ou dans le sens de la hauteur, étant donné la disposition des goupilles latérales.

Les fixe-goupilles avec crochets, ceux avec tête de bielle permettent des réductions plus compliquées, ils peuvent être soudés à l'étain sur les arcs.

Cet appareil assure une bonne contention et permet certaines réductions ; dans la plupart des cas, la réduction est obtenue au moment de la pose.

Cependant j'insiste encore sur le caractère d'urgence et provisoire de ce dispositif.

OBSERVATION SUR UN CAS D'ÉROSION DITE « CHIMIQUE »

Par Louis Viau,
Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 13 avril 1920.)

L'observation suivante concerne un sujet atteint d'érosion dite « chimique », érosion extrêmement intéressante et rare puisqu'elle s'est manifestée chez un sujet de 20 ans et que cette usure a pour siège unique la face palatine de toutes les dents supérieures et particulièrement les bicuspides et grosses molaires.

Je dis que cette érosion est fort intéressante parce qu'elle se trouve en contradiction absolue avec la plupart des théories sur ce genre d'usure et principalement avec celle du Pr Miller. Je dis en *contradiction :* 1° à cause du siège de cette abrasion ; 2° parce que, contrairement à ce que nous a enseigné le Pr Miller, mon patient n'a jamais fait usage de dentifrices gras et que, par moi-même, j'ai pu me rendre compte que son brossage journalier était aussi peu énergique que possible.

Sur le modèle que je vous présente vous remarquerez que cette abrasion ne s'est pour ainsi dire manifestée qu'au maxillaire supérieur, que cette usure existe à toutes les dents face palatine, mais tout particulièrement sur les molaires et prémolaires. Cette érosion est excessivement nette puisque la couche d'émail est inexistante en certains points et que la dentine est très nettement attaquée. Bien entendu la sensibilité est extrême.

Or, nous savons que la plupart de nos patients ignorent le brossage consciencieux et que l'hygiène dentaire appliquée sur ces faces palatines est à peu près nulle pour la raison simple que l'accès en est difficile. Ce qui confirme donc l'absence d'érosion mécanique chez mon patient *c'est qu'il n'existe aucune trace d'usure ni sur ses faces labiales ni près de ses bords cervicaux.*

Cette érosion, à mon avis, présente quelque analogie avec l'érosion observée chez les individus ayant fait un séjour prolongé dans une atmosphère acide ; notre sujet n'étant pas dans ce cas, toute idée de ce genre doit être rejetée.

Lorsque j'ai vu mon patient pour la première fois je fus donc extrêmement frappé et je ne manquai pas de l'interroger très consciencieusement sur l'usage de ses dentifrices, sur son régime ordinaire (fruits, boissons, acides, etc.), sur des manies qu'il aurait pu contracter ; rien n'a pu me mettre sur la bonne voie. J'ai étudié à fond son articulation, rien de spécial n'est à signaler ; ses deux canines supérieures d'ailleurs, qui sont en ectopie, sont également attaquées ; bien que l'usure soit moins prononcée, j'ai cependant pu en conclure que cette érosion n'était pas provoquée par un vice d'articulation. Je connais ses parents, ses frères et sœurs tous plus âgés, mauvais état dentaire, mais rien d'analogue sur leurs tissus dentaires. Mon jeune patient, qui est encore sous les drapeaux, est un garçon dont l'état général est assez bon ; il est cependant d'une famille arthritique et certainement arthritique lui-même ; il a de plus des digestions assez rapides et je crois pouvoir affirmer qu'il fait de la dyspepsie acide.

Je suis donc tout à fait de l'avis de M. Frey qui, dans la conclusion d'un travail fort intéressant sur l'érosion au congrès de 1900, disait que l'influence de l'arthritisme chez les sujets atteints d'érosion était incontestable.

LES DENTS A PIVOTS AMOVIBLES

Par M. CHARLET.

(Communication à la Société d'Odontologie, 13 avril 1920.)

Ne croyez pas qu'en prenant la parole ce soir j'aie la prétention de vous présenter une nouveauté sensationnelle, mon but est beaucoup plus modeste. Je veux tout d'abord répondre à la cordiale invitation de notre éminent confrère le docteur Roy de venir au sein de cette société scientifique échanger nos réflexions et méthodes professionnelles pour le bénéfice de tous et de chacun de nous ; d'autre part, en ouvrant ici une discussion sur l'un des nombreux moyens de restauration dentaire que la prothèse met à notre portée, j'ai la conviction d'apprendre des choses très utiles au perfectionnement de ma technique opératoire.

Pardonnez-moi ce préambule, mais il était nécessaire pour éviter le sourire qu'aurait fait naître sur vos lèvres l'énoncé de vérités unanimement reconnues.

Je voudrais donc rechercher avec vous le meilleur moyen d'éviter les ennuis si fâcheux qu'occasionne la fracture d'une dent à pivot trop solidement scellée.

Nous avons bien à notre disposition des couronnes ou facettes de porcelaine interchangeables types Davis ou Steele ou la ressource de fixer des facettes à crampons par la méthode des pointes de graphite. Je crois ces solutions insuffisantes, d'autant plus qu'elles ne nous secourent pas dans le cas de fracture du pivot lui-même.

En effet, l'occlusion très fermée ne nous permet pas toujours l'application d'une couronne Davis ni d'une facette à crampons scellée secondairement ; quant aux faces de Steele, je me range parmi ceux qui ne leur témoignent qu'une médiocre confiance en raison de leur fragilité et de leur peu de rétention.

Je me suis alors rallié à l'emploi du pivot à gaine, genre Godart, que j'utilise dans tous les cas et de la façon que je vais vous décrire :

Réservant aux bridges l'usage des couronnes Richmond, c'est-à-dire à collier emboîtant la racine, je me contente de souder à la gaine de platine une plaquette d'or à 22 au 6 d'épaisseur, que je modèle au maillet sur la racine taillée en sifflet pour opposer par son plan postérieur une résistance efficace à la pression articulaire. Quand cette coiffe et sa gaine sont scellées, je taille un jonc d'or s'adaptant à frottement doux dans la gaine, car je préfère ce système au pivot cannelé et fendu en raison de sa plus grande solidité et de la plus grande facilité de le desceller en cas d'accident, le pivot Godart n'ayant pas une rétention suffisante pour résister aux efforts d'arrachement par la simple adaptation des cannelures du pivot dans les rainures de la gaine.

Le pivot lisse ajusté, ou bien je soude à sa base une seconde plaquette devant emboîter la première, ou bien je prends l'empreinte immédiatement, me réservant de couler directement le talon de la dent sur le modèle obtenu ; dans le premier cas, je prends l'empreinte contenant le pivot et la seconde coiffe qui lui est adaptée. Je n'ai plus alors qu'à souder à cette dernière la contre-plaque de la dent choisie.

Lorsque la dent est terminée, je la scelle légèrement dans sa gaine et je me crois ainsi à l'abri de toute complication grave en cas d'accident ; il est en effet facile de desceller le pivot et de recommencer le travail sans préjudice pour la racine.

Dans la cas où la racine à traiter est largement dégradée à son orifice, le plus simple est de tailler convenablement cet entonnoir et d'y sceller un inlay d'or traversé par la gaine de platine.

Je n'ai eu jusqu'ici qu'à me louer de cette technique, mais, comme je vous le disais au début de cette causerie, je vous serais reconnaissant si, dans l'occurrence, vous pouviez m'enseigner une méthode préférable, car je cherche avant tout à étendre, grâce à notre mutuel enseignement, les limites de mes connaissances professionnelles.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 13 *avril* 1920.

Présidence de M. BLATTER.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Le président. — Je dois vous faire part d'une protestation qui a paru dans l'*Oral Hygiene* au sujet de M. Jessen. Vous savez que M. G. Villain avait signalé les articles de M. Jessen touchant la clinique dentaire de Strasbourg, disant que cette clinique avait été fermée depuis que les Français étaient là. Nous avons protesté au nom de la Société d'Odontologie ; nous avons reçu le journal et voici le préambule qui précède notre lettre (Il en donne lecture. V. plus loin).

Ensuite de notre lettre de protestation, il y a aussi deux lettres de Pittsburg dont je vous donne également lecture (V. plus loin).

M. Godon. — C'était surtout pour protester contre l'article qui attribuait à Jessen l'initiative de ses services dentaires pour les enfants, alors qu'au contraire dans nos Congrès, c'était principalement Cunningham qui avait pris cette initiative. Il est certain que Jessen avait contribué à créer à Strasbourg une clinique dentaire qui était remarquablement bien organisée et que, dans toute une série de réunions de nos Congrès, Jessen s'était fait le défenseur de l'hygiène dentaire scolaire. Mais enfin, c'était exagéré de lui attribuer à lui seul la création des services dentaires des écoles alors qu'avant lui Cunningham s'en était occupé particulièrement dans les différents congrès internationaux.

M. Henri Villain. — Ce n'est pas seulement cela : Jessen avait écrit aux Américains et protestait contre les Français qui l'avaient soi-disant dépossédé de la clinique, qui n'existait plus, alors qu'au contraire nos collègues qui ont été à Strasbourg ont vu fonctionner cette clinique.

M. le Président. — Le numéro du journal l'*Oral Hygiene* qui publie notre protestation est celui de février 1920.

I. — LES DENTS A PIVOTS AMOVIBLES, PAR M. CHARLET.

M. Charlet donne lecture de la communication (V. d'autre part).

DISCUSSION.

M. Guébel. — Je ne veux pas discuter la méthode de notre confrère Charlet. Je demande la parole sur un point précis : je tiens à faire des réserves quant à son affirmation sur la fragilité des dents interchangeables de Steele. J'en fais moi-même un emploi courant et n'ai jamais eu d'accident. Les accidents que quelques confrères ont pu remarquer, tiennent généralement à une inobservation de la technique spéciale qui doit être observée pour le montage. Si l'on suit judicieusement les principes de montage et de protection, la dent Steele doit donner toute satisfaction. Pour ce qui est de la méthode de notre confrère, je suis tout prêt à l'essayer afin de me faire une opinion.

M. Charlet. — Si vous avez quelque chose à critiquer, je préférerais que vous me le disiez.

Je signale que j'emploie la gaine de pivot Godart. La gaine n'est pas unie. J'emploie le pivot lisse de préférence parce qu'il est plus solide que le pivot fendu. Si l'on veut sceller le pivot à l'intérieur de la gaine, le jour où il y a un accident, il y a beaucoup de difficultés à le retirer. Le pivot lisse, très légèrement scellé se retire facilement.

M. Henri Villain. — Il est dommage que vous ne nous ayez pas montré un modèle.

M. de Croës. — Je demanderai à M. Charlet quel or il emploie pour la plaquette.

M. Charlet. — L'or à 22, en 6 d'épaisseur.

M. de Croës. — Il me semble que du côté labial où cette plaquette doit supporter des efforts soutenus d'arrière en avant, l'or à 22 ou 24 est un peu mou pour subir cette résistance.

M. Charlet. — Elle est recouverte par le talon de la dent.

M. de Croës. — D'autre part je ne vois pas au juste pourquoi vous mettez un tube cannelé pour recevoir un pivot lisse.

M. Charlet. — Parce qu'on le trouve facilement dans le commerce.

M. de Croës. — Je trouve que cela peut permettre des infiltrations.

M. Charlet. — Le pivot est légèrement scellé avec du ciment liquide dans sa gaine, d'une façon assez légère.

M. Bury. — Je vais demander à M. Charlet pourquoi il préfère ce procédé à la méthode classique qui consiste à munir la racine d'une bague et d'une gaine fermée et la dent d'une demi-bague et d'un pivot.

La première est scellée au ciment, la seconde à la gutta. Je vois là les mêmes avantages et la racine me paraît mieux

protégée contre les traumatismes et l'infiltration toujours à craindre.

M. Charlet. — Evidemment on peut le faire. Cela correspond à peu près à la même chose ; mais votre tube fermé, vous mettez à l'intérieur le pivot scellé légèrement pour pouvoir le retirer.

J'emploie le tube de Godart parce qu'on le trouve dans le commerce. Vous avez un avantage, c'est la rétention extérieure du Godart ; vous pouvez facilement enlever le pivot sans desceller la gaine. Je me trouve très bien de ce système.

Le président. — M. Charlet, qui est un nouveau venu, apporte une contribution intéressante à nos travaux et je l'en félicite.

II. — Appareil d'urgence pour fractures des maxillaires, par M. Paul Housset.

M. Housset donne lecture de sa communication (V. d'autre part).

Discussion.

M. Roy. — Je suis très heureux de voir l'appareil présenté par M. Housset ; il paraît constituer, en effet, un excellent moyen de contention d'urgence pour les fractures du maxillaire. Cependant je me demande, à priori, s'il est très facile de poser ces fils en hélice. Je comprends très bien que les ligatures peuvent passer facilement et se placent l'arc étant mis en place...

M. Housset. — Non, tout est monté sur l'arc.

Quand on fixe cet appareil, tout est prêt à l'avance. On a placé sur l'arc interne toutes les pièces, fixe-goupilles des côtés et goupilles antérieures, celles-ci ne comportant pas de fixe-goupille. Les extrémités de l'arc sont recouvertes d'étain. Sur l'arc externe, avant la pose dans la bouche, les fixe-goupilles sont également placés.

M. Roy. — Vous n'avez pas de difficultés ?

M. Housset. — Relativement un peu moins qu'avec les autres appareils. Nous avons employé d'autres arcs d'urgence avant celui-ci, notamment un qui ne comportait que des goupilles fixées ou soudées à l'arc externe. Nous avons eu de grosses difficultés pratiques pour le mettre en bonne place. Celui-ci peut donner certaines difficultés inévitables quand il y a hémorragie ou suppuration par exemple, mais d'une façon générale il est très simple à poser.

Ce qui facilite beaucoup la mise en place des goupilles antérieures, c est le dispositif en grandeur décroissante de leurs extrémités libres ; l'une d'un côté est beaucoup plus longue que

celle de l'autre côté ; ainsi elles se présentent successivement devant les interstices ou devant les fixe-goupilles externes et l'inconvénient de leur divergence n'existe plus.

M. Godon. — Vous en avez placé beaucoup ?

M. Housset. — Un certain nombre. J'emploie cet appareil depuis bientôt deux ans.

M. Roy. — Vos fixe-goupilles sont à frottement dur ?

M. Housset. — Demi-dur. Une fois l'appareil en bouche, les pièces se bloquent les unes les autres.

M. Roy. — Il ne faut pas que les fixe-goupilles tournent trop facilement.

M. Housset. — En effet, on leur donne une position et elles la gardent.

M. Wallis-Davy. — Avec M. Housset j'ai souvent placé cet arc ; on n'est pas arrivé à le combiner du premier coup. Nous avons d'abord employé l'arc de Georges Villain. Nous avons rencontré certaines difficultés ; théoriquement il était très bien, pratiquement, la première fois que nous l'avons employé, nous avons mis près d'une heure pour le placer.

M. Housset. — L'appareil de M. Georges Villain a eu le grand mérite d'en préparer d'autres.

M. Wallis-Davy. — Après plusieurs modifications, M. Housset est arrivé à combiner l'arc qu'il présente ce soir. Je puis assurer M. Roy que nous sommes arrivés à le placer très rapidement ; celui dont on vous a montré la radiographie a été placé en un quart d'heure. Avec un peu d'habitude on arrive à placer ces arcs facilement.

M. Housset. — Je crois que l'on peut encore améliorer l'appareil que je vous présente. L'avantage sur lequel j'insiste, c'est qu'un appareil ainsi préparé permet au dentiste de faire quelque chose immédiatement si un blessé se présente inopinément ; nous ne sommes pas obligés de faire attendre ce malade quelques jours ou quelques heures, nous pouvons agir tout de suite.

M. Frey. — Je me rappelle un malheureux, affreusement mutilé du maxillaire inférieur et de toute la face ; il a eu la chance tout d'abord de rencontrer Housset. C'est le traitement du maxillaire inférieur qui a donné les meilleurs et longtemps les seuls résultats, puisque ce blessé est allé se perdre quelques semaines plus tard dans un service de chirurgie du Val-de-Grâce ; pendant près de deux ans on ne lui a presque rien fait. Si Dufourmentel a pu le reprendre et le traiter ultérieurement, c'est grâce à l'appareil de Housset qui lui avait conservé son maxillaire inférieur, par le procédé qui a été relaté tout à l'heure.

M. Roy. — Ma demande d'explication était relative à l'intro-

duction des fils, car une fois l'appareil posé je suis convaincu qu'il donne un excellent résultat ; dans des fractures simples il pourrait même constituer très bien un appareil définitif en multipliant, au besoin, le nombre des fils passant en selle par-dessus les dents et dans les espaces interdentaires pour corriger certains déplacements.

M. Arnold. — Je me permettrai de faire une petite objection : c'est que cet appareil d'urgence doit être remplacé dans la majorité des cas. Pourquoi ne pas prendre tout de suite une empreinte, ce qui est relativement facile, et placer très rapidement l'appareil qui sera en même temps l'appareil d'urgence et l'appareil de traitement ?

Nous avons vu cet appareil employé par notre confrère Lemaire dans le service du professeur Sebileau. La gouttière de Lemaire a cet avantage de ne pas prendre point d'appui seulement sur les dents, point d'appui qui est quelquefois très faible ; mais aussi sur le corps du maxillaire inférieur. On a fait beaucoup d'objections à cette gouttière, maintenue en place avec des vis interdentaires ou des goupilles. L'expérience a montré les excellents résultats obtenus grâce à son utilisation.

M. Frey. — J'estime que cet appareil de Housset, en dehors du temps de guerre, est aussi un appareil qui reste intéressant pour le temps de paix. J'estime même que dans tout cabinet dentaire, il devrait toujours y avoir quelques-uns de ces appareils pour faire d'urgence la réduction et la contention des fractures.

M. Solas. — J'ai eu également à m'occuper des fractures des maxillaires pendant la guerre ; aux armées nous employions un appareil avec des pointeaux comme moyen de fixation. Ces appareils étaient destinés à rester quelques jours. Dans la masse des blessés qui entraient, il n'y avait pas grand intérêt à poser des appareils immédiatement, étant donné que presque toujours les blessés devaient passer à la salle de chirurgie pour subir une opération quelconque.

Dans la vie civile, il en sera tout autrement, nous aurons des gens que nous pourrons facilement appareiller ; par conséquent il sera intéressant d'avoir à notre disposition un appareil comme celui de Housset, facile à poser.

Sur la question des bagues d'Angle, je vais demander à Housset ce qu'il en pense. Je suis parti aux armées avec cette idée que c'était le moyen idéal. J'ai fait l'emploi des bagues d'Angle très sérieusement. J'ai laminé des bagues extrêmement minces et toujours des dentistes entraînés à la prothèse maxillo-faciale ont eu de grosses difficultés à mettre ces bagues, à tel point que nous avons abandonné ce moyen.

M. Roy. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Solas en ce qui concerne les bagues d'Angle. La pose d'une bague d'Angle, même sur un sujet valide et non fracturé, n'est pas toujours une besogne extrêmement aisée et, sur un certain nombre de blessés, elle est à peu près impossible, surtout si l'on est en présence de fractures du maxillaire avec une mâchoire sur laquelle on ne peut pas exercer une pression qui est indispensable pour employer une bague d'Angle.

Je crois que ce système est à abandonner et que celui du double arc de Housset est préférable. Le procédé de Georges Villain peut présenter également des avantages suivant les circonstances. Quant aux bagues, sauf exceptions, elles ne sont vraiment pas utilisables.

Je pense également qu'il n'est peut-être pas utile d'avoir ces appareils dans les cabinets de dentistes. Mais dans les services hospitaliers il est certain qu'on devrait en avoir de préparés à l'avance et je retiens l'appareil de M. Housset ; j'en ferai certainement préparer pour mon service de l'hôpital où il m'arrive assez fréquemment d'avoir des blessés. Quoi qu'en dise M. Arnold, la prise d'empreinte à elle seule n'est pas toujours si facile et si commode. Immédiatement après la fracture, passe encore ; mais quelques jours après, l'empreinte est souvent beaucoup plus difficile, car, au moment de l'accident, le malade n'a pas de gonflement, alors qu'au bout de quelques jours il y a souvent gonflement et trismus.

M. Frey. — Est-ce que votre appareil est dans le commerce ?

M. Housset. — Si un fournisseur veut s'en occuper, je suis disposé à lui communiquer les données.

M. Solas. — Il serait intéressant d'avoir l'avis de tous ceux qui ont employé la bague d'Angle.

M. Roy. — Nous avons vu des blessés avec des dents trapues et serrées. On ne pouvait même pas passer un fil ; dans ces conditions on ne saurait poser une bague d'Angle et exercer la pression indispensable.

M. Solas. — Actuellement quand on ouvre certains livres qui traitent des fractures du maxillaire, on y trouve indiqué la bague d'Angle avec la ligature interdentaire. Il est évident que quelqu'un qui partirait sur ces données aurait des déceptions.

M. Wallis-Davy. — Je répondrai à M. Solas que je suis de son avis. La bague d'Angle est peu pratique dans les cas de fracture ; dès le début je l'ai abandonnée. L'arc de Georges Villain et celui que nous présente aujourd'hui M. Housset n'ont pas d'autre but, je crois que sur ce point nous sommes tous d'accord.

M. Frey. — Je voudrais rappeler que, dès 1915, Herpin avait

cherché à appliquer l'arc de rétention sans employer la bague d'Angle.

M. Housset. — Je vais d'abord répondre à M. Arnold. J'ai présenté cet appareil comme étant provisoire et d'urgence. Je reconnais que dans certains cas, lorsqu'on est vraiment assuré de pouvoir prendre tout de suite une bonne empreinte et à condition que du jour au lendemain le mécanicien réussisse la gouttière ou l'appareil définitif il n'y a peut-être pas nécessité de placer cet appareil.

A propos de bagues d'Angle, je suis de l'avis de M. Solas, ces bagues difficiles à placer ne conviennent pas au traitement des fracturés, elles nécessitent l'emploi de l'arc d'Angle, trop faible dans la plupart des cas, et l'usage de nombreuses ligatures est une grosse complication.

III. — Technique de l'anesthésie locale en vue de l'extraction de la dent de sagesse inférieure, par M. Roy.

M. Roy donne lecture de sa communication.

Discussion.

M. Guébel. — Je ne veux pas vous parler d'anesthésie générale, mais simplement poser quelques questions à M. Roy au sujet de sa méthode. Je ne parlerai pas des résultats, qui sont certainement excellents et que j'admets tout de suite :

1° Je crois que nous avons été tous d'accord jusqu'à présent pour dire que nous devons réduire le nombre des piqûres. Il est évident que si nous employons une aiguille stérile pour notre première injection, dès la seconde injection, notre aiguille n'est plus stérile. Nous avons donc intérêt à diminuer le nombre des piqûres.

2° Je crois que quand une aiguille entre en contact avec le périoste, cela occasionne une douleur suffisamment vive pour que le patient redoute de nouvelles piqûres.

Je ne vois pas où est le progrès et l'avantage sur la méthode de l'anesthésie régionale. Si je vais à l'épine de Spix directement j'y vois des avantages ; je réduis le nombre des piqûres et j'emploie pour un même résultat une moindre quantité de médicament.

M. Frey. — Je suis très partisan du procédé de M. Roy, même quand on emploie l'anesthésie régionale. Il m'est arrivé, au cours de l'anesthésie régionale par l'épine de Spix, d'avoir une insensibilité complète sauf dans la région vestibulaire, car celle-ci est innervée par le nerf buccal et non plus par le nerf

dentaire inférieur. C'est donc par une anesthésie locale, comme la conseille Roy, que la zone devient insensible.

En outre, quand je n'ai pas mon anesthésie complète ni par la régionale, ni par le système Roy, j'emploie le liquide de Bonnain en applications locales. Je dégage progressivement ma dent par fraisage alvéolaire ; entre chaque application de la fraise, j'anesthésie au moyen de petites languettes d'ouate imbibées du liquide de Bonnain.

M. Guébel. — La méthode de M. Frey est certainement excellente, mais elle ne s'applique qu'à certains dentistes très soigneux, ayant du matériel convenablement stérilisé. Mais on peut craindre que tout le monde n'opère pas de cette façon-là.

M. Solas. — En matière d'asepsie, nous sommes supposés avoir appris les principes nécessaires.

M. Touvet-Fanton. — Je signale le procédé que j'emploie en général pour tous les cas où le peu d'épaisseur des tissus rend l'injection difficile à pénétrer, particulièrement dans la région des dents postérieures, et surtout inférieures : c'est de faire la piqûre entre les dents à anesthésier ; là, il devient possible d'introduire l'aiguille dans la profondeur de tissus existants. Dans le cas présent ce serait entre la 2e molaire et la dent de sagesse.

C'est une aide qui peut venir s'ajouter au moyen préconisé par M. Roy.

M. Baumgarten. — Je voudrais signaler au docteur Roy et à tous les confrères plus expérimentés que moi le petit inconvénient suivant, que je rencontre quelquefois, lorsque instinctivement je veux pousser mon injection un peu en arrière de la bouche, c'est que le liquide se répand dans les tissus mous de la gorge et de l'arrière-gorge, provoquant des phénomènes de toux et de suffocation assez désagréables. Est-ce imperfection de technique ou inconvénient susceptible d'arriver avec une technique absolument parfaite ?

M. Roy. — Je vais répondre aux différentes observations présentées.

M. Guébel dit qu'il y a intérêt à réduire le nombre des piqûres afin de réduire les chances d'infection. Il vient de nous faire des confidences qui ne sont pas très rassurantes pour nos patients, s'ils nous entendaient. Mais je veux croire que nos confrères sont tout de même moins septiques qu'il ne veut bien le dire, car nous voyons assez rarement des accidents post-opératoires dus à une insuffisance d'asepsie du matériel instrumental au moins en ce qui concerne les injections, car tous les dentistes savent trop l'importance de cette chose, et sont suffisamment instruits, pour la négliger.

Une question se pose : Y a-t-il intérêt à réduire le nombre des piqûres ? Je ne le pense pas du tout. J'élimine complètement cette question d'asepsie, car il est évident qu'il faut prendre les précautions indispensables. J'appelle particulièrement l'attention sur ce point auquel on n'attache pas assez d'importance : il y a quelques précautions que je ne vois pas suffisamment prendre. Il est d'usage courant, à juste titre, de puiser directement avec la seringue la solution dans l'ampoule, car les ampoules anesthésiques que nous possédons aujourd'hui nous permettent de réaliser une sécurité plus grande dans nos injections. Eh bien, une première condition à laquelle je ne manque jamais, c'est de flamber l'extrémité de l'ampoule après l'avoir cassée, avant d'y puiser le liquide, car autrement l'aiguille, en tâtonnant autour de cette extrémité, peut se contaminer. De plus, et cette remarque est un peu plus grave, après une première piqûre, il faut flamber soigneusement son aiguille avant de la plonger à nouveau dans une ampoule pour puiser une nouvelle quantité de liquide, si on a à le faire au cours de l'opération. Cela a beau être pour le même patient, ce n'est pas l'aiguille seulement qui est septique, c'est le liquide entier que vous allez souiller en puisant avec une aiguille septique.

Ce sont là des précautions supplémentaires à prendre pour se mettre à l'abri de petits ennuis.

Contrairement à l'opinion de M. Guébel, je multiplie les piqûres parce que je fais toujours une zone anesthésique plus large que la région à opérer. Par principe, j'estime qu'on ne sait jamais à l'avance l'étendue du traumatisme qu'on va causer ; on peut se trouver en présence de dents plus ou moins serrées, dont la luxation va retentir plus ou moins fort sur les dents voisines ; par conséquent, d'une façon générale, j'anesthésie toujours une demi-dent en avant et en arrière ; cela ne nécessite pas une quantité de liquide plus considérable et avec deux centimètres cubes on y arrive très bien.

Une autre précaution à prendre, lorsqu'on a à faire des injections dans une région où il y a une infection particulièrement marquée, lorsqu'il y a des abcès vestibulaires particulièrement, c'est d'abord d'anesthésier la région non infectée et de terminer par la région où siège l'abcès, pour éviter la contamination dans les régions moins malades.

Moyennant ces quelques précautions simples et élémentaires on peut multiplier sans inconvénient les injections : pour ma part j'en fais six ou huit sans hésitation.

M. Guébel me paraît attacher une importance un peu excessive à la piqûre du périoste, qui, je parle d'après mon expérience,

n'est pas si douloureuse qu'il veut bien le dire, car je fais ces injections, au contraire, dans la branche montante et elles sont beaucoup moins douloureuses que celles faites dans la fibro-muqueuse. Vous êtes en présence d'un tissu lâche et les injections s'y font le plus aisément du monde. Mes patients ne bronchent pas, alors que si on leur fait des piqûres dans la muqueuse, si on tombe sur un petit filet nerveux, ils manifestent une douleur momentanée.

M. Guébel parle de l'anesthésie régionale et M. Frey vient d'y répondre, ce qui me dispense d'y insister. L'anesthésie régionale est beaucoup plus difficile à réaliser que l'anesthésie locale et, comme l'a expliqué M. Frey, les résultats n'en sont pas toujours aussi satisfaisants qu'il semblerait, sans compter que ce n'est pas aussi facile à exécuter qu'on le dit sur les livres ou sur simple description.

Pour ma part je suis un grand fervent de l'anesthésie par infiltration, non seulement pour les dents de sagesse, mais même pour des opérations plus étendues ; comme je l'ai dit dans une séance précédente à propos de la discussion sur l'intervention dans les kystes du maxillaire, je fais des anesthésies locales pour des kystes très étendus, ayant refoulé complètement le sinus et ayant la grosseur d'un œuf ou d'une mandarine ; la douleur est à peu près nulle. Ceux qui m'en ont vu opérer ont pu constater que ces opérations se font sans douleur appréciable.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Frey au sujet de l'anesthésie régionale et je le remercie de me rappeler l'emploi de l'anesthésique de Bonnain, notamment pour les interventions de dents de sagesse, car, lorsqu'on se trouve en présence de ces opérations qui peuvent demander un très long temps, cet anesthésique est très utile pour supprimer les douleurs ou les atténuer.

M. Solas a parlé de l'asepsie : je ne peux qu'approuver ce qu'il a dit à ce sujet.

M. Touvet-Fanton signale l'injection entre les deux dents ; c'est un procédé que j'emploie également fréquemment. Il a très bien fait de le signaler, car il n'est pas suffisamment connu et appliqué ; il répond à une chose absolument logique, puisque, lorsque vous faites une injection en passant dans l'espace proximal, en enfonçant votre aiguille jusqu'au niveau de la cloison alvéolaire, vous faites une injection dont une partie pénètre fatalement dans le ligament et le péri-ciment, et dans le périoste osseux sur la partie latérale.

Pour l'anesthésie apicale des dents de la mâchoire inférieure, c'est là le procédé de choix. Cela peut paraître bizarre, mais

vous savez combien est difficile l'anesthésie apicale pour les dents de la mâchoire inférieure en raison de l'épaisseur considérable de l'os et des conditions circulatoires évidemment différentes de celles de la mâchoire supérieure.

C'est un procédé qui, si je me souviens bien, nous a été indiqué par un confrère de Gand, M. Blondel, je crois ; je ne garantis pas le nom. Il nous avait signalé ces injections pour les anesthésies pulpaires : faire cette injection verticalement dans les espaces interdentaires et pousser l'injection lentement, lorsque l'aiguille est bien enfoncée ; cette injection doit se faire lentement, car on rencontre une assez grosse résistance. J'obtiens assez fréquemment, par ce procédé, des anesthésies pulpaires parfaites alors que, vous le savez, les injections dans la région vestibulaire de la mâchoire inférieure donnent le plus fréquemment un échec complet.

Je fais en outre une injection externe et une interne en enfonçant verticalement l'aiguille parallèlement jusqu'à atteindre le bord alvéolaire parallèlement à la dent.

Je vous signale cependant, à ce propos-là, que, cette région étant particulièrement septique, il importe, bien entendu, de nettoyer soigneusement cette rainure interdentaire avant de pratiquer les injections.

Enfin, en ce qui concerne l'observation de M. Baugmarten qui signale de l'œdème, c'est exact ; il y a toujours de l'œdème, mais il n'est pas nécessaire d'injecter une très grande quantité de liquide, il est préférable de multiplier les injections en répartissant le liquide sur une grande étendue ; l'œdème se produit moins facilement. Pour ma part je n'ai jamais eu les petits accidents signalés par M. Baugmarten.

M. Frey. — Je voudrais rappeler que c'est un confrère récemment décédé, ancien professeur à l'école, M. Loup, qui a particulièrement insisté sur l'anesthésie locale par infiltration dans la région du collet de la dent. Il nous en a fait de fréquentes démonstrations ici dans nos réunions du dimanche matin.

M. Solas. — A propos du flambage des ampoules, est-ce qu'il n'y a pas à craindre de provoquer un changement chimique ?

M. Roy. — L'ampoule est toujours scellée à la flamme, à une température bien supérieure à celle employée et cela est sans influence sur la solution.

Le président. — Il me reste à remercier M. Roy de sa communication en le priant de faire une démonstration pratique à la séance de mai.

Ayant quelqu'un de malade chez moi, je me vois obligé de partir et je prie M. Roy de bien vouloir me remplacer.

M. Roy. — Je défère à l'invitation de notre président et je souhaite que la santé des siens se rétablisse rapidement.

IV. — Incidents de la pratique journalière.

A. — Bridge amovible avec couronne-crochet, par M. Henri Villain.

M. Henri Villain, comme complément de la communication qu'il a faite le mois précédent et qui est publiée en tête de ce numéro (voir p. 453), montre un bridge amovible avec couronne-crochet dans un cas de déplacement des dents voisines, des piliers pendant une longue absence de la malade durant la confection du bridge.

Discussion.

M. Roy. — Je remercie M. Henri Villain. Que son exemple serve à tous ; il est impossible que dans une assemblée comme celle-ci, il n'y ait pas quelques confrères qui aient eu, dans le mois qui vient de s'écouler, des petites choses de ce genre-là ou d'un genre différent, des faits qui se soient présentés dans leur pratique et seraient de nature à intéresser leurs confrères.

Eh bien il est fâcheux que vous ne les apportiez pas ici ; il en résulterait de grands avantages, et pour vous et pour nous. J'engage donc tous les membres de la Société d'Odontologie, avant de venir à la séance, à passer en revue leur mois de pratique de clientèles et à nous apporter en quelques mots, à défaut d'une communication plus étendue, des petites observations de ce genre, qui nous seront profitables à tous et feront de cette Société un centre d'enseignement mutuel extrêmement précieux. (*Applaudissements.*)

M. Henri Villain. — Il y a déjà trois semaines que j'ai posé ce bridge provisoirement, quoique entièrement terminé, et j'ai fait revenir la malade aujourd'hui même pour le lui enlever, sous prétexte de retouche, afin de vous le montrer et je le lui reposerai demain.

M. Roy. — Vous voyez ce qu'on peut faire et je remercie M. Henri Villain qui, pour notre instruction à tous, a usé de ce petit subterfuge pour nous montrer l'appareil dont il s'est fait si heureusement le protagoniste depuis un certain temps.

B. — Observation sur un cas d'érosion, dite « chimique », par M. L. Viau.

M. L. Viau. — Je ne veux pas vous faire une communication sur un sujet qui a été traité par des spécialistes éminents, mais vous

signaler une observation. Il s'agit d'une érosion extrêmement sérieuse sur un jeune homme de 20 ans.

(Il donne lecture de cette observation ; v. p. 475).

DISCUSSION.

M. Godon. — Je regrette que ce modèle ne soit pas monté sur un articulateur physiologique parce que le mode d'articulation peut, dans une certaine mesure, être un élément d'appréciation.

M. Roy. — Je signale à M. Viau un élément d'étude que je l'engage à consulter, c'est une observation très intéressante publiée par notre regretté confrère Capdepont, il y a une dizaine d'années, sur une distrophie semblable. Il s'agissait d'une usure identique et Capdepont se servait de cette phrase qui était typique : « Usure en sucre d'orge ». Et en effet votre patient paraît avoir des dents comme s'il les avait sucées, comme si c'était un sucre d'orge qui ait fondu. Je me propose de rechercher cette observation.

M. Godon. — Ce qui m'a surpris, c'est le siège.

M. Roy. — Je suis grand partisan des opinions de Miller, que je défends et dont je vérifie l'exactitude tous les jours au sujet de l'origine mécanique de l'abrasion angulaire du collet qu'on observe ordinairement, mais il est bien certain qu'ici c'est un processus tout à fait différent, une distrophie dont la cause paraît difficile à élucider. Je crois que Capdepont n'avait pas pu, lui non plus, trouver la cause que je signale.

M. Frey. — Cette distrophie familiale a été étudiée par Capdepont et depuis par Fargin-Fayolle dans un numéro du *Paris Médical.* A juste titre notre distingué confrère a proposé d'appeler cette distrophie « maladie de Capdepont ». Toutes les dents sont touchées et elles le sont sur toutes les faces, tandis que dans le cas de Viau il s'agit de lacunes plus ou moins cunéiformes.

M. L. Viau. — Je cite aussi l'évolution très rapide aux dires du malade ; il prétend qu'il y a à peu près un an il ne souffrait pas. Je lui ai fait suivre un régime de recalcification, dont, dit-il, il se trouve bien.

M. Godon. — Avez-vous recherché la cause du côté de son articulation ?

M. L. Viau. — Rien à signaler de ce côté ; d'ailleurs, au niveau de sa canine gauche, qu'il ne peut toucher, il y a usure également avec légère disparition de tissu.

M. Solas. — A propos de la théorie de Znamensky, elle est satisfaisante lorsque la lésion arrive à la dentine, mais comment expliquer, quand il s'agit de l'émail, que celui-ci contienne 97 à 99 o/o de tissu calcaire ? Quel est le début des accidents ? Il

faut d'abord que la dent perde son émail pour que la théorie basée sur une altération de la dentoïdine puisse s'appliquer.

M. Roy. — La surface est-elle polie ?

M. L. Viau. — Oui, et l'on voit la couche de la dentine d'une façon remarquable.

M. Roy. — Ces cas-là, s'ils sont rares à la face palatine, comme vient de nous le montrer M. Viau, se rencontrent plus fréquemment sur les faces triturantes, où l'on voit des malades qui, par un processus assez analogue, creusent leurs faces triturantes de vacuoles assez considérables pour être amenés à s'y faire faire des obturations.

Je remercie M. L. Viau de l'intéressante présentation qu'il vient de nous faire. Vous voyez combien ces observations sont utiles par suite des questions d'ordre tout à fait général qu'elles peuvent soulever.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

ANNEXE DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

I. — Extrait de l' « Oral Hygiene » d'octobre 1919, p. 1070

1° *Article du Journal :*

« Une communication du Dr Ernest Jessen.

» La lettre suivante reçue du Dr Ernest Jessen, père des cliniques dentaires scolaires en Europe et chef de celle de Strasbourg, France, est d'un grand intérêt.

» Dans un précédent numéro nous avons décrit la clinique dentaire de Strasbourg, qui était rattachée aux bains publics. La clinique dentaire scolaire de Strasbourg était le résultat de débuts modestes et, grâce aux efforts du Dr Jessen, devint une des plus grandes cliniques dentaires scolaires d'Europe et servit de type à chaque pays, surtout en Amérique.

» Jusqu'au moment de la création des Dispensaires Forsyth et Eastman, l'Institution de Strasbourg, avec sa construction coûtant 60.000 dollars, était un modèle. Au commencement de la guerre, nous avons essayé de commnniquer avec le Dr Jessen, mais plusieurs de nos lettres nous furent retournées, comme ne pouvant être expédiées.

» Comme il est dit dans sa lettre, 75 dentistes et autant de technologistes (mécaniciens-dentistes) traitaient 200 à 250 soldats par jour. De plus, il y avait un hôpital avec 250 lits pour le traitement des blessés des maxillaires. L'Institution de Strasbourg était directement encouragée par le gouvernement allemand et sa position stratégique en cas de guerre était considérée comme comportant sans conteste cet appui.

» Le Dr Jessen écrit de Bâle (Suisse), où il s'est enfui depuis que les Français se sont emparés de Strasbourg, et espère établir une clinique dentaire scolaire dans cette ville. Il nous adresse un certain nombre d'extraits de journaux, que nous reproduisons ci-après. Nous espérons que le docteur recevra les encouragements nécessaires pour continuer son œuvre utile, et que celle-ci sera reconnue à Bâle. »

2° *Lettre Jessen :*

6 Février 1919.

« Honoré Confrère,

» J'ai reçu votre aimable lettre du 22 janvier. J'ai été chassé de Strasbourg où mon œuvre a été détruite, et j'ai fixé ma résidence dans l'hospitalière Suisse, oú j'espère pouvoir reprendre ma tâche.

» Sur l'invitation des autorités, j'ai fait une conférence ici. Je vous joins à ce sujet un article que vous pouvez reproduire dans *l'Oral Hygiene.*

» La clinique dentaire scolaire a servi à des buts militaires pendant la guerre. Soixante-quinze dentistes et autant de technologistes (mécaniciens-dentistes) y traitaient journellement 200 à 250 soldats. En outre, nous avions un hôpital de 250 lits pour le traitement des blessés des maxillaires.

» Après l'entrée des Français, la clinique fut fermée et tous les professeurs de l'Université furent chassés. Par suite la clinique dentaire scolaire de Strasbourg n'existe plus. Il se peut qu'elle soit ressuscitée en Suisse.

» Cordiales salutations à tous mes sympathiques confrères d'Amérique. »

Prof. Dr Jessen,
St-Crischona, Bâle (Suisse).

II. — Lettre de protestation de la Société d'Odontologie de Paris.

Société d'Odontologie de Paris.
Paris, 12 novembre 1919.

« Monsieur le Rédacteur en chef,

» Dans le n° d'octobre 1919 de *l'Oral Hygiene* vous publiez, page 1070, une lettre du Dr Jessen, de Bâle, dans laquelle il prétend que la clinique dentaire scolaire de Strasbourg fut fermée après l'entrée des Français et que tous les professeurs de l'Université furent chassés.

» La Société d'Odontologie de Paris a eu connaissance dans sa séance du 4 de ce mois de cette lettre et du commentaire qui la précède. Elle reconnaît volontiers les services incontestables rendus par le Dr Jessen à l'hygiène dentaire scolaire en général, et à celle de Strasbourg en particulier, mais elle proteste contre les affirmations erronées contenues dans la lettre du Dr Jessen.

» 1° Il est inexact que la clinique dentaire scolaire de Strasbourg soit fermée et que l'œuvre qui y avait été entreprise soit en conséquence abolie. La clinique dentaire scolaire a été agrandie et réinstallée dans un nouveau et superbe local, elle fonctionne normalement sous la direction du Dr Hammann, assisté de chirurgiens-dentistes alsaciens français. L'œuvre primitive est continuée sur les mêmes bases.

» 2° Il est inexact que *tous* les professeurs de l'Université aient été chassés à l'arrivée des Français. Seuls, les professeurs *allemands* de l'Université ont quitté Strasbourg, la plupart de leur propre gré et avant l'arrivée des troupes alliées ; les professeurs d'origine alsacienne ou lorraine ont conservé leurs postes et sont restés, ainsi d'ailleurs que les professeurs d'origine allemande n'ayant pas montré de sentiments francophobes.

» 3° Il est inexact que le Dr Jessen soit le père des cliniques dentaires scolaires en Europe et nous devons à la mémoire de George Cunningham d'éclairer l'opinion professionnelle à cet égard.

» Le Dr George Cunningham, de Cambridge, décédé le 5 mars 1919, avait fondé dans cette ville une clinique dentaire scolaire dont il a entretenu à Paris, en 1889, le premier congrès dentaire international. En 1893, le deuxième congrès dentaire international, tenu à Chicago, a décerné, dans sa séance du 19 août, sa médaille d'or au Dr George Cunningham pour un travail sur l'hygiène dentaire dont il était l'auteur. Il a été un des promoteurs de la création de ces cliniques et quand la Fédération Dentaire Internationale fut fondée à Paris, en 1900, non seulement il contribua à cette fondation, mais il contribua aussi à la constitution dans la Fédération de la Commission d'hygiène et des services dentaires publics, dont il fut nommé vice-président le 18 août 1902 à la session de Stockholm.

» Ce n'est que le 15 octobre 1902 que fut ouverte à Strasbourg la clinique dentaire scolaire, dont le Dr Jessen reçut la direction.

» Il présenta sur le fonctionnement de cette clinique un rapport à la session de la Fédération Dentaire Internationale le 9 août 1906 à Genève et fut nommé président de la Commission d'hygiène et des services dentaires de cette Fédération le 25 août 1909 à la session de Berlin.

» Il ressort nettement de ces indications si précises que le Dr George Cunningham, de Cambridge, doit être avec plus de raison qualifié du titre de *père des cliniques dentaires scolaires en Europe*.

» Pour rendre hommage à la vérité nous vous serions obligés de vouloir bien publier dans le prochain numéro de l'*Oral Hygiène* la présente lettre de rectification.

» Comptant sur votre esprit d'impartialité, nous vous remerçions à l'avance et nous vous prions d'agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de nos sentiments distingués. »

Pour la Société d'Odontologie :

Le Secrétaire général, V. E. Miégeville.

Le Président, A. Blatter.

Le Vice-président, G. Villain.

III. — EXTRAIT DE « L'ORAL HYGIENE » DE FÉVRIER 1920.

Le numéro de février 1920 de *l'Oral Hygiene* reproduit, p. 213, la protestation adressée par la Société d'Odontologie le 12 novembre 1919 contre la lettre Jessen insérée dans le numéro d'octobre.

Cette protestation est précédée du petit commentaire suivant dû au Rédacteur en chef de *l'Oral Hygiene.*

« *Une lettre de France.*

« La lettre du Dr Jessen, de Bâle, contre laquelle proteste la Société d'Odontologie, a été publiée avec les meilleures intentions sans conteste.

» Ceux d'entre nous qui ont servi côte à côte avec nos nobles alliés français et ont vu la dévastation sans objet de la France par les Huns, qui ont été bombardés, marmités et mitraillés tandis qu'ils soignaient les blessés dans les hôpitaux de la zone de l'avant se demandent comment les Français pourraient traiter les Allemands avec tant d'égards.

» Tout ce que dit M. G. Villain sur la clinique dentaire de Strasbourg est exact. Cette clinique a été notablement améliorée sous l'administration française. »

---

*D'autre part, en même temps que ces publications avaient lieu dans l'*Oral Hygiene, *notre confrère M. G. Villain recevait du rédacteur en chef de ce journal la lettre suivante, que nous croyons intéressant de reproduire.*

Pittsburg, 17 février 1920.

« Dans le N° de mars de l'*Oral Hygiene* paraîtra un éditorial intitulé *Les Voici*. Je voudrais savoir s'il représente les idées de nos amis en France.

» Je viens de recevoir une longue communication de Jessen, de Bâle, dans laquelle il demande que mon journal rassemble 150.000 dollars, soit 3.000.000 de francs environ, dans le but charitable de créer des cliniques pour les Allemands et les Autrichiens. Il est très étrange qu'ils ne puissent pas songer combien ils aimaient les Etats-Unis quand ils coulaient le *Lusitania* et ravageaient la France. Mon regret le plus profond est que nous n'ayons pas eu deux mois de plus pour les jeter dans la Baltique.

Sincèrement vôtre,

REA PROCTOR MAC GEE. »

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

Le Président de l'A. G. S. D. F. a demandé au conseil judiciaire de l'Association une consultation pour savoir si les dentistes sont passibles de l'impôt sur le chiffre d'affaires.

Il a reçu la réponse suivante, d'un grand intérêt pour nos confrères.

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me demander par votre lettre, en date du 31 juillet 1920, mon avis sur le point de savoir si les dentistes étaient assujettis à la loi du 25 juin 1920 instituant un impôt sur le chiffre des affaires.

J'estime que cette loi ne leur est pas applicable. Cela résulte avec évidence des termes de l'article 59. Cet article détermine avec précision les catégories de personnes qui doivent l'impôt. Ce sont celles qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre *ou* accomplissent des actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux institué par le titre Ier de la loi du 31 juillet 1917, ainsi que les exploitants d'entreprises assujetties à la redevance proportionnelle prévue à l'article 33 de la loi du 21 avril 1810.

Les dentistes ne rentrent dans aucune de ces trois catégories :

1° Le fait d'acheter pour revendre caractérise l'acte de commerce aux termes de l'article 632 du Code de Commerce. L'habitude des actes de commerce caractérise le commerçant.

On a soutenu que le dentiste achetait pour revendre, en se fondant sur ce qu'il achète des matières d'or et de platine, soit pour faire des applications directes à l'obturation des dents malades, soit pour façonner des appareils de prothèse. Mais ce sont là des opérations accessoires à l'art de guérir qui n'impliquent pas l'acte de commerce. Le dentiste ne les effectue que pour les besoins de ses malades. Il ne deviendrait commerçant que s'il vendait à tout venant.

La jurisprudence s'est fixée dès l'origine dans ce sens : elle n'a pas varié depuis.

Il est à remarquer d'ailleurs qu'aux termes de la loi du 30 novembre 1892 les médecins peuvent exercer la profession de dentiste. Or, il est manifeste que la médecine est une profession libérale.

2° Quant à la loi du 31 juillet 1917, elle ne concerne que les personnes assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels ou commerciaux.

Les bénéfices qui résultent de l'exercice d'une profession libérale échappent l'une et l'autre de ces définitions.

3° La loi du 21 avril 1810, en parlant des entreprises assujetties à une redevance proportionnelle, exclut par ses termes mêmes la profession de dentiste.

L'article 62 de la loi du 25 juin 1920 éclairerait, s'il en était besoin, l'interprétation de l'article 59. Il y est indiqué, en effet, que pour la liquidation de l'impôt le chiffre d'affaires est constitué, soit par le montant des ventes de marchandises, denrées, fournitures ou objets quelconques, soit par le montant des courtages, commissions, remises, salaires, prix de locations, intérêts, escomptes, agios et autres profits. Il s'agit visiblement de marchands, d'entrepreneurs, de banquiers, etc., non des personnes qui vivent du produit de leur intelligence et de leur science. L'article 60, qui excepte des catégories de personnes exerçant pourtant un commerce comme les courtiers maritimes, les importateurs de produits pharmaceutiques, les compagnies d'assurance, confirme encore cette interprétation.

Je n'hésite donc pas à conclure que la profession de dentiste est en dehors des prévisions de la loi du 25 juin 1920.

Délibéré à Mettray le 17 août 1920.

F. Ducuing,
Avocat à la cour de Paris.



D'autre part, le Journal officiel du 3 septembre 1920 contient une *Instruction du ministre des Finances, en date du 29 août, relative à l'exécution : 1° des articles 39 à 73 de la loi du 25 juin 1920 portant établissement d'un impôt sur le chiffre d'affaires des commerçants et industriels ; 2° du règlement d'administration publique prévu par l'article 67 de la même loi*, spécifiant ce qui suit :

. . . .

Professions libérales assujetties a la patente. — *L'article 59 de la loi du 25 juin 1920 ne se réfère qu'à la loi du 31 juillet 1917 qui a institué l'impôt cédulaire sur les professions industrielles et commerciales et non aux lois qui ont édicté la contribution des patentes. Il s'ensuit que le seul fait d'être patenté ou patentable ne suffit pas à rendre redevable de l'impôt sur le chiffre d'affaires. Tel est le cas de toutes les personnes qui exercent des*

professions libérales, telles que celles d'avocat, de médecin, d'officier ministériel ; bien qu'assujetties à la contribution des patentes, elles ne sont pas soumises à l'impôt sur le chiffre d'affaires, puisqu'au point de vue de l'impôt cédulaire elles rentrent, non dans la catégorie des redevables visés à l'article 1er *de la loi du* 31 *juillet* 1917, *mais dans celle des redevables visés par le titre IV de la même loi, relatif à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.*

. . . .

EXERCICE DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE PAR LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS-DENTISTES ALSACIENS-LORRAINS

Nous croyons intéressant de reproduire, d'après le Journal officiel *du* 1er *août, la partie de la deuxième séance de la Chambre des députés du* 31 *juillet* 1920 *dans laquelle a été adopté un projet de loi réglant cette question importante.*

ADOPTION D'UN PROJET DE LOI ACCORDANT LE DROIT D'EXERCER LA MÉDECINE ET L'ART DENTAIRE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS-DENTISTES ALSACIENS-LORRAINS.

M. le président. — L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi ayant pour but d'accorder le droit d'exercer la médecine et l'art dentaire sur tout le territoire français aux médecins et chirurgiens-dentistes alsaciens-lorrains pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine et de l'art dentaire en Alsace-Lorraine, réintégrés dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité.

Cette affaire a été inscrite à l'ordre du jour, sous réserve qu'il n'y ait pas débat, en exécution des articles 97 à 99 du règlement.

Je consulte la Chambre sur le passage aux articles.

(Le passage aux articles est ordonné).

M. le président. — « Art. 1er. — Peuvent exercer la médecine sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de docteur en médecine délivré par le Gouvernement français, les médecins pourvus des autorisations nécessaires pour l'exercice de la médecine en Alsace-Lorraine, et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité. »

Je mets aux voix l'article 1er.

(L'article 1er, mis aux voix, est adopté).

« Art. 2. — Peuvent exercer la médecine dentaire, sur tout le territoire français, dans les mêmes conditions que ceux qui sont pourvus du diplôme de médecin ou de chirurgien-dentiste délivré par le Gouvernement français, les dentistes diplômés conformément à la réglementation locale en Alsace-Lorraine « Zahnärzte », et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou qui auront obtenu cette nationalité. » — (Adopté).

« Art. 3. — Les dentistes non diplômés, qui ont été autorisés à exercer leur profession en Alsace-Lorraine par l'arrêté du commissaire général de la République à Strasbourg du 24 septembre 1919 et qui ont été réintégrés dans la nationalité française ou auront obtenu cette nationalité, pourront exercer, sur tout le territoire français, l'art dentaire dans les mêmes conditions que les dentistes visés à l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892. » (Adopté).

M. le président. — Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

(L'ensemble du projet de loi, mis aux voix est adopté.)



Médecins et chirurgiens-dentistes alsaciens et lorrains.

Nous trouvons d'ailleurs à ce sujet et sous ce titre dans Le Messin *du 17 juillet, publié à Metz, le petit article suivant fournissant quelques indications que nous croyons utile de publier.*

Ensuite des protestations que nous avons formulées sur la situation des médecins et chirurgiens-dentistes de Lorraine et d'Alsace, qui n'ont pas le droit d'exercer en France, un projet de loi vient d'être déposé par MM. Millerand, président du Conseil, Lhopiteau, garde des sceaux, Honorat, ministre de l'Instruction publique, et Breton, ministre de l'Hygiène.

Voici l'exposé des motifs qui accompagne ce projet de loi envoyé à la Commission d'Alsace et Lorraine :

« La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine ne permet la pratique de cet art sur notre territoire qu'aux seuls praticiens munis d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

» Le retour à la mère-patrie de l'Alsace et de la Lorraine nous rend un certain nombre de praticiens qui, tout en offrant les garanties nécessaires au point de vue des connaissances médicales, ne répondent pas, cependant, aux conditions exigées par

la loi. Notre premier devoir, pourtant, est d'ouvrir à nos frères retrouvés les mêmes droits qu'à tous les citoyens français.

» Cette législation s'appliquera également aux médecins-dentistes et aux chirurgiens-dentistes. En ce qui concerne les dentistes non diplômés autorisés à exercer en Alsace-Lorraine, il semble équitable de les faire bénéficier des avantages que la loi de 1892 a accordés aux dentistes patentés. » (Suit le projet de loi ci-dessus).

LE LIVRET UNIVERSITAIRE DES ÉTUDIANTS

Le *Journal Officiel* du 6 août 1920 contient un décret du 31 juillet relatif à la réorganisation des Universités et un arrêté du ministre de l'Instruction publique du 2 août créant un livret universitaire individuel pour les étudiants.

Nous reviendrons sur cette question.

Réponse du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales à une question écrite.

3714. — *M. de Rodez Bénavant, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène si la détention, par des personnes exerçant illégalement la médecine et l'art dentaire, de produits tels que la novocaïne, la stovaïne et autres anesthésiques autres que la cocaïne, peut entraîner les mêmes sanctions que la détention des stupéfiants et autres produits inscrits au tableau B.* (Question du 17 juin 1920).

Réponse. — L'énumération des toxiques stupéfiants qui figure à l'art. 2 de la loi du 19 juillet 1916 est limitative. La stovaïne et la novocaïne n'étant pas portées au tableau B, il serait illégal de leur étendre, par raison d'analogie, ainsi qu'à tous les anesthésiques sans distinction, les pénalités qui sanctionnent l'emploi abusif de stupéfiants dénommés expressément. En fait, la stovaïne est inscrite au tableau A : la novocaïne y sera vraisemblablement inscrite bientôt. Ces substances tombent donc sous le régime commun des médicaments ordinaires et ne doivent à ce titre être délivrées que sur ordonnance médicale à toute personne non munie du diplôme requis. Par conséquent, la détention de la novocaïne, de la stovaïne et des anesthésiques autres que la cocaïne par des personnes soupçonnées de pratiquer l'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire, ne peut être qu'un élément de preuve de cette illégalité.

(*Journal Officiel* du 4 juillet 1920, p. 2731).

EN ÉGYPTE

En conformité de l'article 15 du décret du 21 février 1920[1], les dentistes ont passé un examen devant une commission spécialement nommée à cet effet pour être autorisés, en cas de réussite, à pratiquer leur profession en Egypte.

L'examen était oral et durait deux heures pour chaque candidat. Il comprenait :

1. — Extraction — Anesthésie locale. 2. — Obturations — Dévitalisation — Extraction de la pulpe — Infection — Obturation des racines — Matériaux, etc... 3. — Grattage et traitement de la Pyorrhée. 4. — Questions diverses.

Tous les candidats devaient savoir lire et écrire et indiquer la langue dans laquelle ils désiraient subir l'examen. Ils devaient apporter à l'examen leurs outils à main et leurs instruments. Les matériaux leur étaient fournis.

Les candidats habitant au Caire devaient amener à l'examen trois malades chacun, mais un candidat ne pouvait pas opérer sur ses propres malades. Les malades étaient choisis parmi ceux sur lesquels il y avait lieu de procéder à des extractions et des obturations ; ils recevaient une indemnité convenable.

L'examen a été subi à l'Hôpital Militaire de la Citadelle au Caire, de 14 heures à 20 h. 30, tous les jours à partir du 19 juillet 1920.

---

1. V. *Odontologie* du 30 avril 1920 (*Journal du Caire*, 18 juin 1920).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

CONGRÈS DE STRASBOURG

26-31 *juillet* 1920.

Section d'Odontologie (14e section).

I. — *Séance d'ouverture du Congrès.*

La séance d'ouverture a eu lieu le lundi 26 juillet à 10 heures du matin, dans la grande salle du Conservatoire de musique (ancien palais du Parlement), place de la République, sous le patronage de M. Alapetite, commissaire général de la République, et sous la présidence de M. le professeur Calmette, correspondant de l'Institut, sous-directeur de l'Institut Pasteur, président de l'Association, assisté de M. Weiss, doyen de la Faculté de médecine.

La Marseillaise est chantée par la Société chorale municipale, qui fait entendre ensuite un *Salut à l'Alsace.*

M. Peirotes, maire de Strasbourg, souhaite la bienvenue aux congressistes. Il rappelle le passé universitaire de la ville, signale ce qu'elle a accompli dans le domaine de l'hygiène, l'organisation et l'installation de l'hôpital civil, les œuvres municipales de protection sociale, complétées par des œuvres morales. Il mentionne notamment la clinique dentaire scolaire, ainsi que son rôle, et ses bains municipaux. En terminant il remercie l'Association d'avoir choisi Strasbourg pour siège du Congrès.

M. Alapetite, commissaire général, associe l'Alsace et la Lorraine aux souhaits de bienvenue du maire. Il est heureux de saluer les représentants de la science dans une ville où la science a brillé d'un si vif éclat et qui a tant fait pour l'hygiène sociale. Il évoque les grandes figures du passé qui l'ont illustrée, notamment Pasteur.

M. Weiss, doyen de la Faculté de médecine et président du comité local, remercie l'Association de tenir son 44e Congrès à Strasbourg au lieu de Montpellier, où il devait avoir lieu. Il indique rapidement les curiosités de l'Alsace, ses richesses minières, agricoles, industrielles, fait l'éloge de ses habitants. Il expose ce qu'est l'Université, qui compte sept facultés, et en envisage l'avenir.

M. Calmette apporte un cordial salut aux frères et sœurs d'Alsace et dit que l'Association devait à Strasbourg d'y tenir son premier congrès après son retour à la patrie française. Il évoque le souvenir de Pasteur et l'influence que le séjour de ce grand génie dans cette ville, de 1849 à 1854, eut sur ses travaux ultérieurs, qu'il rappelle.

C'est, en effet, dans cette période qu'il s'occupa particulièrement des études de cristallographie qui devaient le conduire, d'une manière assez inattendue à première vue, à ses découvertes biologiques et à la création de la bactériologie et qui sont l'origine des travaux actuels de l'ultra-microscopie, dont M. Calmette a montré l'importance considérable dans les recherches bactériologiques modernes.

Le remarquable et savant discours de M. le professeur Calmette devrait être reproduit en entier ; le cadre restreint de ce compte rendu, consacré uniquement à la section d'odontologie, ne nous le permettant pas, nous croyons préférable de nous abstenir de le résumer, car ce résumé ne saurait être fait sans le défigurer. Les congressistes le trouveront in extenso dans le volume que publiera l'A. F. A. S. sur le Congrès.

M. Perrot, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, secrétaire de l'Association, donne lecture de son rapport sur la marche de l'Association de 1914 à 1920.

M. Desgrez, professeur à la Faculté de médecine de Paris, secrétaire du Conseil de l'Association, lit, en l'absence du trésorier, les comptes de celle-ci.

M. Calmette énumère les délégués étrangers présents, remercie le comité local et déclare ouverte la 44e session.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

(A suivre.)

CONGRÈS PROFESSIONNEL DE L'ART DENTAIRE

Le Congrès professionnel organisé par le Syndicat des praticiens de l'art dentaire a eu lieu à Anvers les 4 et 5 septembre. Il a été très suivi et a eu un grand succès.

MM. G. et H. Villain, qui y avaient été délégués par l'Ecole dentaire de Paris, y ont reçu l'accueil le plus cordial.

NÉCROLOGIE

J. Younger.

La science dentaire vient de faire une grande perte dans la personne du réputé praticien américain Younger, décédé à l'âge de 82 ans.

William-John Younger naquit le 9 octobre 1838 à Santiago de Chili, de parents anglais, qui allèrent se fixer à San-Francisco (Californie) quand il avait 10 ans. Il y fut élevé, y fit ses études médicales à la Faculté de médecine de l'Université du Pacifique, et fut reçu docteur en médecine le 13 mars 1862.

Après un an d'exercice de la médecine générale il se spécialisa en chirurgie dentaire et se distingua par ses nombreux travaux sur les maladies de la bouche, des dents et les déformations buccales.

Il fut nommé professeur de médecine dentaire à la Faculté de médecine de l'Université de Californie.

Dès 1864, il s'occupa du traitement de la pyorrhée alvéolaire dans lequel il devait réaliser, ultérieurement, des progrès tout à fait remarquables. Il s'occupa du traitement des abcès alvéolaires, des greffes dentaires diverses et notamment de l'implantation qu'il préconisa en 1885 et qui fit l'objet de nombreuses communications de sa part. Il fut un des premiers praticiens qui construisirent des travaux à pont. Il a imaginé un procédé très ingénieux du redressement des dents au moyen de fils de soie.

Dans une série de recherches, il émit des idées originales concernant la nutrition et la résistance des tissus péridentaires aux éléments de désorganisation.

Il est l'auteur de multiples communications aux congrès internationaux de médecine, aux diverses sociétés dentaires, de nombreux articles dans les journaux dentaires, de brochures, etc. mais ses principaux travaux ont porté sur l'implantation, la transplantation et surtout sur la pyorrhée alvéolaire.

Il était membre d'un grand nombre de sociétés dentaires et président de plusieurs d'entre elles. Il avait été délégué à plusieurs congrès médicaux internationaux (Berlin 1890, Rome 1893, Moscou 1894, Paris 1900).

Il comptait 58 ans de pratique, dont 18 à Paris.

Younger a fourni une longue carrière professionnelle bien remplie et il laisse une œuvre considérable qui lui survivra et qui a

puissamment contribué aux progrès de la science odontologique.

Nous adressons à sa veuve, ainsi qu'à sa famille, nos condoléances attristées, avec l'expression de nos regrets.



Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Pierre Sauvanet, banquier, maire d'Huriel (Allier), père de notre confrère M. Emile Sauvanet, chirurgien-dentiste à Issoudun, membre de l'A. G. S. D. F.



Notre confrère, M. Henri Allais, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être douloureusement éprouvé par la perte de sa mère, décédée à Saint-Brieuc le 15 août 1920, à l'âge de 81 ans.



Notre confrère, M. Jacques Vialat, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, a eu la douleur de perdre sa mère, décédée le 5 septembre à Paris.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous relevons avec le plus grand plaisir parmi les promotions au grade de chevalier de la Légion d'honneur, au titre militaire, dans le *Journal officiel* du samedi 4 septembre 1920, M. Audy (Achille-Pierre-Victor), médecin-major de 2e classe, 5e corps d'armée.

Nous adressons nos très vives félicitations à notre confrère, professeur à l'Ecole dentaire de Paris et membre du Conseil d'Administration de l'A. G. S. D. F.



Sont compris dans la même promotion, M. Izard (Jean-Frédéric-Marie), médecin aide-major de 1re classe, 6e corps d'armée, et M. Hellion (Aimé-Louis), médecin-major de 2e classe, 5e corps d'armée.

Mariages.

Nous apprenons les mariages suivants :

Notre confrère M. Lucien Solas, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris et secrétaire de rédaction de *L'Odontologie*, a épousé, le 4 de ce mois, Mlle Suzanne Palut.

MM. Godon et Sauvez, qui étaient les témoins du marié, représentaient le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris à la cérémonie, qui a eu lieu à Donnery (Loiret).

M. Rhein, fournisseur pour dentistes, membre de l'A. G. S. D. F., a épousé, le 3 août, Mlle Raymonde Hanne.

Mme Madeleine Daunis, membre de l'A. G. S. D. F., a épousé, le 31 juillet, le Dr René Fabien, de Lagny.

M. Emile Lelièvre, étudiant à l'Ecole dentaire de Paris, a épousé, le 24 juillet, Mlle Henriette Janin, élève à la même école.

Mlle Hélène Buhay, ancienne élève de l'Ecole dentaire de Paris, a épousé, le 29 juillet, M. Guido Punch.

M. René Loyer, ancien démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, a épousé le 22 juillet dernier, Mlle Madeleine Bacqué.

Mlle Pierret, fille de notre confrère de Dijon, M. Pierret, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., a épousé M. Harold Lesley Smith, banquier à Anvers.

On annonce les fiançailles de M. Antoine Amoëdo, fils de notre confrère de l'A. G. S. D. F.. avec Mlle Thérèse Suarez de Mendoza.

Nous adressons nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Institut d'hygiène.

Un décret du 7 septembre 1920 (*Officiel* du 11) déclare d'utilité publique la création d'Instituts dépendant de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, notamment d'un Institut d'hygiène, rue de Vaugirard, Paris.

Ecole dentaire de Paris.

La séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses aura lieu le 16 octobre 1920.

Livres reçus.

Nous avons reçu sous le titre de *Technica Odontologica* la leçon inaugurale du cours d'odontologie dont est chargé à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro notre confrère M. R. Chapot-Prévost.

Nous avons reçu également de M. Arthur Zentler, de New-York, une brochure en anglais : *Opération combinée en cas d'infection périapicale et péridentaire; raisons de la technique de l'auteur.*

Nouveau journal.

Nous avons reçu le premier numéro du *Mexico Odontologico*, paru en juillet dernier. C'est un journal mensuel.

Nous lui souhaitons bonne chance.

Fête du Quarantenaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris

(12, 13, 14 *novembre* 1920).

Programme provisoire.

Vendredi 12. — 20 h. 1/2, assemblée générale extraordinaire du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, consacrée à l'orientation professionnelle (45, rue de la Tour-d'Auvergne).

Ordre du jour :

Hygiène dentaire scolaire (Discussion et vœux à émettre).

Doctorat en chirurgie dentaire.

Samedi 13. — 9 heures, séance de la Société d'Odontologie (l'articulation et les articulateurs).

14 heures, réception des délégués.

14 h. 1/2, séance solennelle.

Ordre du jour :

Exposé de l'évolution professionnelle pendant 40 ans.

Consécration de la plaque commémorative des morts de la profession.

Remise : *A*) de médailles de la reconnaissance professionnelle et de lettres de remerciements ;

B) de médailles de l'Assistance publique ;

C) de médailles de l'Ecole dentaire de Paris à des membres du Corps enseignant ;

D) de médailles de l'Association générale syndicale des dentistes de France à des mécaniciens-dentistes.

16 heures, lecture des vœux sur l'orientation professionnelle : (Hygiène dentaire, Doctorat en chirurgie dentaire).

20 heures, banquet.

Dimanche 14. — 9 heures, séance de démonstrations pratiques de la Société d'Odontologie.

12 heures, déjeuner amical.

14 heures, assemblée générale extraordinaire du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France consacrée aux intérêts professionnels.

Ordre du jour :

A) Impôts ;
B) Loyers ;
C) Honoraires et revendications du personnel ;
D) Fournisseurs.

Examens de chirurgien-dentiste.

Année scolaire 1920-1921.

I. Session d'octobre 1920.

1° Examen de validation de stage.

La session s'ouvrira le lundi 18 octobre 1920 à la Faculté de médecine de Paris.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi 4, mardi 5 et mercredi 6 octobre, de midi à 3 heures.

2° 1er, 2e et 3e examens.

La session s'ouvrira le lundi 18 octobre 1920.

Consignations les 4, 5 et 6 octobre, de midi à 3 heures.

II. Session de juin-juillet 1921.

1° Examen de validation de stage.

La session s'ouvrira le lundi 13 juin 1921.

Les candidats produiront les certificats (établis sur papier timbré) justifiant de 2 années régulières de stage.

Consignations au Secrétariat de la Faculté les lundi 30 et mardi 31 mai 1921, de midi à 3 heures.

2° 1er, 2e et 3e examens.

La session s'ouvrira le lundi 27 juin 1921.

Consignations le lundi 13 et le mardi 14 juin, de midi à 3 heures pour les titulaires de 4, 8 ou 12 inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les 2 parties du 3e examen.

40e ANNÉE. N° 10 30 OCTOBRE 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

STRUCTURE ET ÉVOLUTION DE L'ÉMAIL

Par le Prof. agrégé Ed. RETTERER.

(Communication à la Société d'Odontologie, 4 mai 1920.)

L'ébauche dentaire est représentée par un organe épithélial qui circonscrit une papille mésodermique. Cette dernière édifie la dentine. Quant à l'émail, il serait, selon la doctrine classique, le produit de l'organe épithélial, dit de l'émail et que j'ai appelé *prédentaire*. L'émail serait d'origine ectodermique, comme l'épiderme, les poils, les ongles.

J'ai[1] déjà eu l'occasion de montrer que cette doctrine me paraît contraire aux faits.

En continuant mes recherches, j'ai observé d'autres phénomènes qui sont en faveur de ma manière de voir et que je me permets de vous soumettre.

D'abord un mot de technique. L'étude de l'émail est difficile. Toutes les notions que nous possédons sur sa structure, nous les devons à l'examen de coupes faites à la scie ou à celui des fragments dissociés après l'action des acides. Alors que les auteurs des traités d'histologie se complaisent à énumérer les techniques perfectionnées qu'ils ont employées pour les autres tissus, ils sont muets sur le procédé qui leur a permis de voir et de différencier les prismes de l'émail et le ciment qui les réunit.

Pour conserver et pour colorer la trame protoplasmique

1. Voir l'*Odontologie*, 1919, p. 183 et 1920, p. 101.

de l'émail, Bödecker, puis L. Fleischmann ont eu recours à l'inclusion dans le collodion. Les résultats qu'ils ont obtenus sont si peu nets que J. Schaffer[1] s'en tient, en ce qui concerne la trame des prismes et l'existence du ciment, aux conclusions antérieures de son maître V. v. Ebner.

L'émail passe pour un produit ou un tissu d'espèce distincte : il aurait toujours la même consistance, la même structure et la même composition sur les dents de tout âge, de n'importe quel animal. Cette doctrine de l'immutabilité est démentie par les faits. Si, sur sa plus grande épaisseur, l'émail des Omnivores et des Herbivores est composé en majeure partie de sels calcaires et seulement de traces de substance organique, il en existe une portion interne qui est moins riche en sels calcaires. Les dents des Carnivores et les jeunes dents des Omnivores et des Herbivores offrent un émail analogue à ce dernier et permettant d'y observer les formes et les termes intermédiaires entre la dentine et l'émail le plus dur.

En m'adressant à des Carnivores ou aux dents en voie de développement, il m'a été possible de fixer l'émail, de le couper en séries et de le colorer en même temps que la dentine sous-jacente.

I. *Dents de lait d'embryon de chat.* — La conformation et la structure de l'organe épithélial, dit de l'émail et que j'appelle prédentaire, coiffant une papille mésodermique (*bulbe dentaire*), sont bien connues. Il me suffira donc de décrire la structure de la membrane interne, dite adamantine, ainsi que les couches sous-jacentes d'une ébauche dentaire d'embryon de chat.

La fig. 1 montre à un fort grossissement une partie de la région latérale de la dent et de l'organe prédentaire :

En 1 se trouvent les cellules épithéliales de la couche interne (*améloblastes* ou *cellules adamantines* des auteurs) ; en 2 est une ligne continue, *membrane basi-*

1. *Enzyklopedie der mik. Technik.*, art. Knochen u. Zähne, p. 738, 2e édit.

laire ou de Huxley qui indique la limite nette entre ces cellules et la couche claire sous-jacente. Cette dernière s'étend jusqu'à la couche d'odontoblastes (4) ; mais elle est divisée par des îlots colorés en noir par l'hématoxyline en une zone qui confine aux prétendus améloblastes et en une couche (*3*) traversée par des fibrilles émanant des

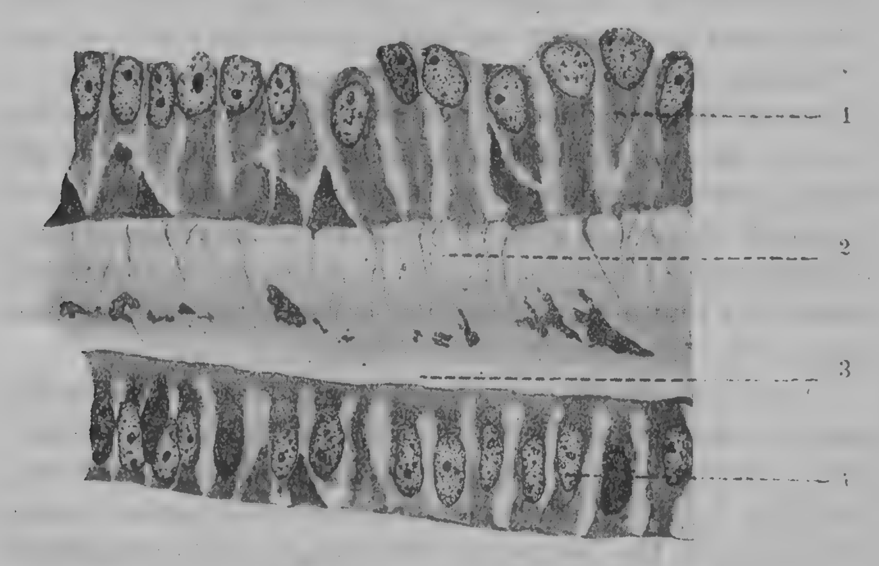


Fig. 1. — *Portion d'une ébauche dentaire d'une dent d'embryon de chat.*

1, Couche profonde de l'organe prédentaire (cellules dites adamantines de l'organe dit de l'émail) ; *2*, membrane basilaire ou de Huxley ; *3*, couche profonde de la membrane préformative avec les fibrilles de Tomes ; *4*, odontoblastes.

odontoblastes (*4*). Ces fibrilles, dites de Tomes, partent en réalité d'une ligne continue, que j'ai appelée *plexus hématoxylinophile*, qui limite l'extrémité externe des odontoblastes.

Ces diverses parties ont reçu des dénominations multiples et ont été interprétées diversement par les histologistes. La membrane basilaire serait la future membrane ou cuticule de Nasmyth. En détachant avec une pince la couche claire, intermédiaire entre la membrane basilaire et les odontoblastes, on obtient une pellicule de substance

hyaline, c'est-à-dire de nature amorphe, découverte par Raschkow en 1835. Cette pellicule a reçu le nom de *membrane préformative*. Au-dessous d'elle se formerait la première dentine, et, entre elle et la membrane basilaire, se développerait l'émail.

Jusqu'à présent on a admis que les îlots très colorables représenteraient la première dentine qui serait avide d'hématoxyline à raison des sels calcaires qu'elle contient.

Comme Renaut en fit la remarque, la membrane de Nasmyth ne correspond nullement à une cuticule. En effet, les cuticules se produisent à la surface périphérique ou libre des cellules épithéliales, tandis que la membrane de Nasmyth siège à la portion profonde de la cellule épithéliale et semble l'homologue de la *membrane basilaire* qui existe à la limite des épithéliums et du mésoderme ou tissu conjonctif.

L'étude des premiers stades et l'évolution ultérieure me portent à interpréter les faits de la façon suivante : les cellules épithéliales de la couche interne de l'organe prédentaire (fig. 1), sont séparées des couches sous-jacentes par la membrane de Huxley qui est l'homologue de la membrane basilaire, formation qu'on observe si fréquemment entre les parties épithéliales et mésodermiques. Dans l'ébauche dentaire, les tissus sous-jacents à cette membrane basilaire sont de provenance mésodermique, et, dans le cas particulier, dérivent de la papille dentaire. A l'origine, ces tissus sont constitués par de l'hyaloplasma cloisonné par des filaments hématoxylinophiles ; c'est là la *membrane préformative* qu'il est facile de détacher de la papille dentaire sous-jacente. Pour certains auteurs, Kölliker, par exemple, la membrane préformative n'aurait aucune importance pour la formation de la dent. Pour V. v. Ebner, au contraire, la membrane préformative est la première ébauche de la dentine. J'ajoute : c'est l'ébauche et de la dentine et de l'émail. En effet, cette membrane préformative est de l'hyaloplasma déjà cloisonné par les prolongements hématoxylinophiles des odontoblastes ; de plus, en se développant

et en s'accroissant, du côté de la membrane basilaire, les filaments hématoxylinophiles produisent les îlots noirs, qui, nous le verrons plus loin, représentent le premier émail (*émail primaire* de v. Ebner).

II. *Dents d'enfants à la naissance ou âgés de plusieurs jours.* — J'ai débité en coupes longitudinales les incisives, les canines et les prémolaires. Je prends pour type de ma description la deuxième prémolaire qui est la moins avancée dans son développement. Sauf à sa base, la dent est libre, c'est-à-dire qu'elle est séparée de la paroi du follicule par un espace vide. En d'autres termes, la couche interne (membrane dite adamantine) de l'organe prédentaire n'est plus continue, pas même adhérente à la plus grande partie de la dent.

La deuxième prémolaire de lait est quinticuspidée ; chacun de ces cinq tubercules est coiffé de trois couches bien distinctes : la superficielle est d'apparence caséeuse, non calcifiée (émail primitif des auteurs) ; la moyenne est de la dentine calcifiée ; enfin la profonde, qui est en continuité avec les odontoblastes, est une couche de dentine non calcifiée encore.

La lamelle superficielle mérite toute notre attention, car elle a été l'objet de nombreuses discussions. Au sommet du tubercule, elle atteint une épaisseur de $0^{m}05$; sur les côtés, elle n'en a plus que $0^{m}03$ et va en diminuant encore vers la base de la dent. Cette lamelle superficielle repose sur l'ivoire calcifié, épais au maximum de $0^{m}02$.

Bien qu'elle ne soit pas calcifiée, la lamelle superficielle est formée d'éléments qui adhèrent intimement entre eux et qui se détachent aisément de la dentine sous-jacente. Il faut procéder avec infiniment de ménagement pour ne pas détruire ses connexions avec la dentine calcifiée et pour observer la continuité de ses éléments avec cette dernière. La fig. 2 montre sa structure et ses relations avec la dentine calcifiée sous-jacente (2). Cette lamelle superficielle est formée de fibres épaisses de 2 μ qui s'infléchissent et se

dirigent obliquement de dedans en dehors. Très avides d'hématoxyline, elles émettent des fibrilles latérales qui s'anastomosent avec leurs congénères des fibrilles voisines. Il en résulte un réseau à mailles très étroites que remplissent des globules d'hyaloplasma non colorables, même

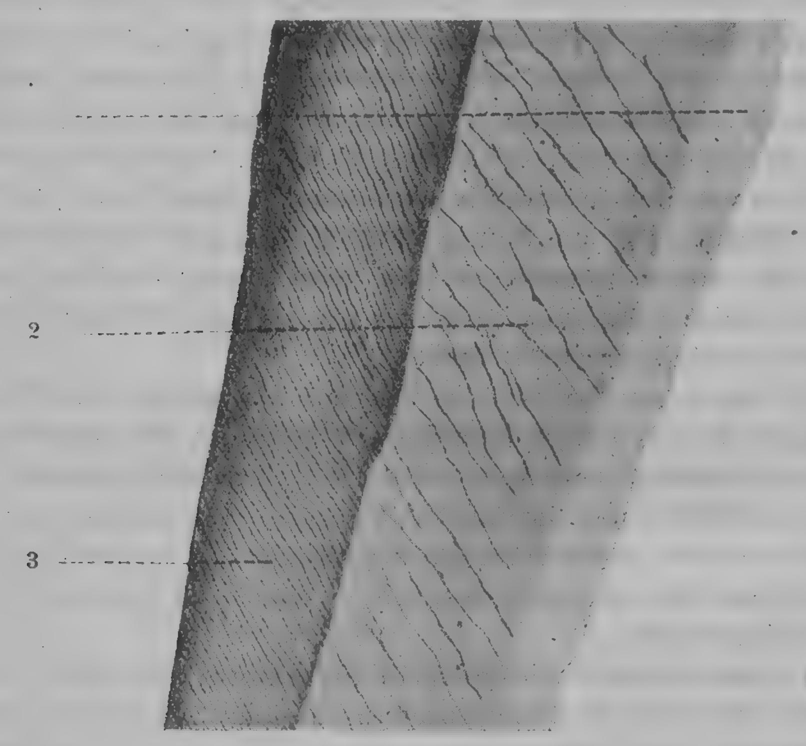


Fig. 2. — *Partie latérale d'une coupe longitudinale passant par un tubercule de la deuxième prémolaire d'un enfant âgé de plusieurs jours.*

1, Couche interne de la dentine non calcifiée ; *2*, dentine calcifiée ; *3*, dentine non calcifiée ou émail primitif des auteurs.

à la fuchsine acide. Les fibres y sont plus serrées que dans la dentine calcifiée sous-jacente, mais en de nombreux points on peut observer la continuité des fibres de la couche superficielle avec celles de la couche sous-jacente.

Quelle est l'origine de cette lamelle superficielle ? Est-elle produite par les cellules de la membrane interne de l'organe prédentaire ? ou bien ne représente-t-elle que la pre-

mière couche de dentine édifiée par la papille, mais qui ne s'est pas calcifiée ?

Dès le XVIIIe siècle, on chercha à l'émail une autre origine qu'à la dentine. Hérissant [1] croyait apercevoir à la loupe sur la face interne du follicule dentaire une infinité de vésicules contenant une liqueur d'abord claire, puis laiteuse qui s'épancherait sur la dent, s'épaissirait et se concréterait pour donner naissance à des filets qui iraient s'attacher sur la partie interne de la dent.

La découverte de l'organe prédentaire et des grandes cellules de sa couche interne sembla confirmer cette conception en montrant les éléments précurseurs des prismes de l'émail. Les premiers histologistes admirent que ces cellules se transformaient tout simplement en prismes adamantins. La présence de la membrane basilaire et son interposition entre les cellules épithéliales et les prismes de l'émail forcèrent les auteurs à modifier cette opinion. Aussi pense-t-on aujourd'hui que les cellules épithéliales ne font que fournir des prolongements ou un produit de sécrétion qui passent à travers la membrane basilaire et donnent naissance aux prismes de l'émail.

Effectivement, si l'on dissocie cette membrane épithéliale ou qu'on examine des coupes où la couche interne de l'organe prédentaire a été séparée mécaniquement de la dentine, on voit la face profonde des cellules épithéliales, dites adamantoblastes, munies de prolongements, dits *fibres de Tomes*. Les classiques considèrent ces prolongements comme une exsudation ou une excroissance de l'extrémité profonde de la cellule épithéliale à travers la membrane basilaire. D'abord homogène, cette expansion se transformerait en une trame réticulée et en globules amorphes (masse alvéolaire). Bien plus, elle se différencierait en prismes, d'une part, en ciment de l'autre.

On a agité et on continue à discuter la question de savoir si la fibre de Tomes se calcifie du centre à la périphérie ou

1. *Mémoires de l'Académie des Sciences*, 1754, p. 60.

en sens inverse. Je passe sur ces discussions pour aborder le point capital : avant que la dent *perce*, alors qu'elle est encore contenue dans l'alvéole, elle est séparée de l'organe prédentaire par un espace libre. Non seulement l'organe prédentaire n'est plus adhérent à la dent, mais sa couche interne (membrane dite adamantine avec les améloblastes) est en voie d'atrophie. Pour ces deux raisons, la membrane dite adamantine ne saurait plus fournir ni éléments figurés ni produits de sécrétion contribuant à l'accroissement et à l'épaississement de l'émail.

C'est là le point faible de la théorie de l'origine épithéliale de l'émail. La plupart des auteurs tranchent la difficulté en passant la question sous silence. V. v. Ebner [1] est l'un des rares histologistes ayant franchement étudié le problème. A son avis, l'émail définitif résulterait de l'organisation et de la calcification de la lamelle molle et superficielle qui coiffe le chapeau de dentine des dents encore contenues dans l'alvéole.

Sur les coupes de dents de fœtus et d'enfants, faites à la scie, desséchées, puis examinées à la lumière polarisée, V. v. Ebner a vu que ce prétendu émail primitif est monoréfringent ; de plus, il a constaté la structure alvéolaire des prismes, c'est-à-dire une trame spongieuse contenant des globules (globulistige Struktur). Les prismes seraient munis d'ailerons et montreraient une striation transversale. V. v. Ebner et moi-même, nous sommes donc d'accord sur l'image histologique, mais nous l'interprétons bien différemment. Pour cet auteur, le prisme serait le fait d'une exsudation cytoplasmique qui émettrait des expansions latérales et qui serait reliée aux prismes voisins par un autre produit d'exsudation, qu'il appelle le *ciment* [1]. A mon avis, le prétendu ciment ne représente que le contenu des canalicules dentaires, la fibrille de Tomes, granuleuse et hématoxylinophile, tandis que le prisme de l'émail corres-

---

1. *Archiv. f. mik. Anatomie*, t. 67, p. 18, 1906, et *Schiff's Handbuch der Zahnheilkunde*, 3e éd., p. 258, 1909.

pond à la substance fondamentale de plus en plus calcifiée de la dentine. La striation transversale du prisme est déterminée par la persistance des ramuscules latéraux de la fibre de Tomes.

Alors se pose un problème plus ardu : comment ce produit de sécrétion, dépourvu d'éléments cellulaires, peut-il s'organiser et donner naissance à une formation qui résistera pendant de longues années aux actions mécaniques même les plus violentes ?

D'où lui viennent les sels calcaires, car l'émail primitif est mou, les cellules qui l'ont produites sont atrophiées et ont même totalement disparu ?

En supposant autant d'espèces cellulaires distinctes qu'il y aura de substances différentes et en les faisant agir comme des marionnettes, il est fort commode de faire l'histogénèse des tissus. Dès que l'odontoblaste a édifié la première dentine, écrivent certains auteurs, l'améloblaste se charge de les émailler, chacun d'eux exsudant un prisme de l'émail. Quant à l'union de ces deux substances et à la calcification de l'émail, on ne s'en préoccupe point. Seul, V. v. Ebner a examiné les divers points du problème et voici les résultats auxquels il est arrivé.

Comme le montre la fig. 2, la lamelle superficielle (émail primitif des auteurs) est partout non seulement continue avec la dentine calcifiée, mais les deux couches sont adossées par des faces planes. Plus tard. il en sera autrement, car, à la jonction de la dentine et de l'émail, il existe alors des fossettes ou cupules, où finissent la plupart des canalicules dentaires. A la suite de Wedl, V. v. Ebner s'est demandé comment se forment ces cupules : Ce serait le fait de l'émail primaire qui rongerait (arrodiert) la dentine et effectuerait la résorption de la substance fondamentale de cette dernière, comme feraient les ostéoclastes pour creuser les lacunes de Howship. Tant qu'il n'y a que de l'émail primaire, les fossettes feraient défaut. C'est donc l'émail mou qui aurait le pouvoir de ronger et de résorber la dentine. L'émail d'origine ectodermique dévorerait la substance

collagène de provenance mésodermique et lui enlèverait les sels calcaires qu'il emploierait à sa consolidation.

En résumé, on a créé les mots *adamantoblastes* ou *améloblastes* pour désigner les cellules de la couche interne de l'organe prédentaire. Sans savoir comment ces cellules font de l'émail et en comprenant le processus de manières bien différentes, les adamantoblastes ont été pendant de longues années et continueront à être les éléments formateurs de l'émail, bien que personne n'ait déterminé le mode selon lequel ils fonctionnent. L'émail dur se produisant, alors qu'il n'y a plus de ces cellules, dans une région où l'organe prédentaire n'existe plus, il faut forcément chercher ailleurs les adamantoblastes ou améloblastes. De fait, comme je l'ai spécifié, les odontoblastes sont à la fois éburniblastes et adamantoblastes.

Si l'on admet les vues de V. v. Ebner, la couche la plus interne de l'émail, à la ligne de jonction de l'émail et de la dentine, commence la première à se charger de sels calcaires. C'est secondairement que les couches moyenne et externe se calcifient. Or, on sait que ces dernières sont finalement plus riches en sels calcaires que les premières. L'émail exercerait son pouvoir phagocytaire non seulement sur la dentine, mais la couche la plus jeune d'émail enlèverait les sels calcaires aux premières formées.

Il y en a qui décrivent dans l'émail des prismes et un ciment qui les soude : d'où vient le ciment et comment se fait la différenciation des prismes et du ciment ?

Toute matière vivante évolue : elle apparaît, dure quelque temps, décline, puis disparaît. L'émail échappe à cette loi biologique : une fois formé, il n'y aurait plus d'assimilation ni de désassimilation ; l'émail persisterait tel quel tant que dure l'organisme.

La croissance de l'émail se ferait de dehors en dedans, à l'encontre de la dentine qui se développerait de dedans en dehors. En s'accroissant ainsi en sens inverse, ces deux substances se souderaient d'une façon intime. Bien plus, après avoir rongé la dentine, l'émail perdrait tout à coup

son rôle offensif, car la dentine ne tarderait pas à réagir et à pousser des fibrilles de Tomes qui pénétreraient dans les couches d'émail.

Je passe. Cette manière de raisonner et de procéder appartient essentiellement à la scolastique. Je regrette d'être obligé d'insister ; mais en signalant ce qu'il y a de défectueux dans une doctrine, nous faisons déjà un pas en avant dans la voie du progrès. Cependant la période vraiment scientifique et philosophique ne s'ouvre que le jour où nous pourrons montrer des faits nouveaux et mettre chacun à même de les vérifier pour lui permettre de se faire une idée plus juste de la réalité.

Ces faits sont les suivants : la lamelle superficielle qui se développe sur l'ébauche ou papille dentaire est toujours séparée de l'organe épithélial ou prédentaire par la membrane de Huxley ou membrane basilaire qui est continue. Dès le principe, elle contient des fibrilles hématoxylinophiles émanant des odontoblastes. Cette lamelle superficielle ou prétendu émail primitif est donc d'origine mésodermique et non ectodermique. A mesure que son protoplasme évolue, les fibrilles hématoxylinophiles se munissent de ramuscules latéraux ; la trame figurée se développe aux dépens de l'hyaloplasma et c'est ainsi que se constitue une lamelle molle hématoxylinophile avec peu d'hyaloplasma complètement privé de sels calcaires. C'est là l'origine de ce qu'on décrit sous le nom d'*émail primitif*, qui, je le répète, est continu par sa face interne avec la dentine calcifiée.

L'ensemble de ces faits me porte à conclure que le prétendu émail primitif, qu'on admet d'origine épithéliale, n'est que la première couche de dentine non calcifiée encore. C'est une couche peu résistante qui ne tardera pas à s'écailler et à disparaître pour être remplacée par la couche sous-jacente de dentine calcifiée. Cette dernière elle-même ne durera qu'un certain temps et il s'y substituera de nouvelles couches de dentine se transformant à leur surface en émail.

En d'autres termes, il se développe d'abord une première

couche de dentine non calcifiée comme le tissu osseux embryonnaire se forme à l'origine sans sels calcaires ; au-dessous de celle-ci apparaissent de nouvelles couches de dentine semblable à la première, mais se calcifiant au fur et à mesure. Ces couches s'emboîtent les unes les autres et éloignent les premières de la papille dentaire.

Il me paraît peu probable que les couches superficielles durent pendant toute la vie de l'individu ; au fur et à mesure qu'elles s'usent, elles sont remplacées par les couches sous-jacentes qui prennent la consistance de l'émail. Qui a raison dans ce débat ? Dans les sciences biologiques, les discussions sont superflues, car à force d'opposer des arguments plus ou moins plausibles à d'autres également probables, on a de fortes chances d'embrouiller la question. Il est préférable de recourir à une autre méthode qui consiste à multiplier les observations, à les étendre sur d'autres objets d'étude, afin de déterminer les conditions qui président à l'évolution variable d'un seul et même élément. Or, l'émail fait défaut sur les dents des animaux qui ne triturent pas les aliments ou qui se nourrissent de substances molles. Sur les Carnivores tels que le chien, dont les mâchoires sont serrées et ne peuvent que s'ouvrir ou se fermer, les dents fonctionnent comme des ciseaux et non point comme des meules. Enfin, les dents encore contenues dans leurs alvéoles ne sont pas soumises à l'action des facteurs mécaniques.

Comparons la structure de la couronne de ces dents à celle des dents adultes des Omnivores et des Herbivores.

III. *Dents de chien adulte.* — Les parties de la couronne les plus favorables sont la portion de la couronne voisine du collet de la dent. La fig. 3 représente une coupe de cette région d'une incisive de chien jeune. Elle a été décalcifiée avec ménagement, coupée dans la paraffine et colorée à l'hématoxyline ; les canalicules dentaires s'y prolongent jusque dans la couche superficielle ; mais celle-ci est creusée de nombreuses vacuoles.

En étudiant les fibrilles de Tomes et les canalicules dentaires dans la zone ou couche interne de la dentine, on les voit distants de 2 μ environ, c'est-à-dire que la substance fondamentale de la dentine se compose en cette zone de colonnettes épaisses de 2 μ. A mesure qu'on se rapproche des couches externes de la dentine, ces fibrilles sont séparées par des distances plus considérables : dans la couche sous-jacente à l'émail, elle est de 5 μ, c'est-à-dire que les colonnettes de substance fondamentale ont une épaisseur de 5 μ. Enfin, dans la couche superficielle de la dent,

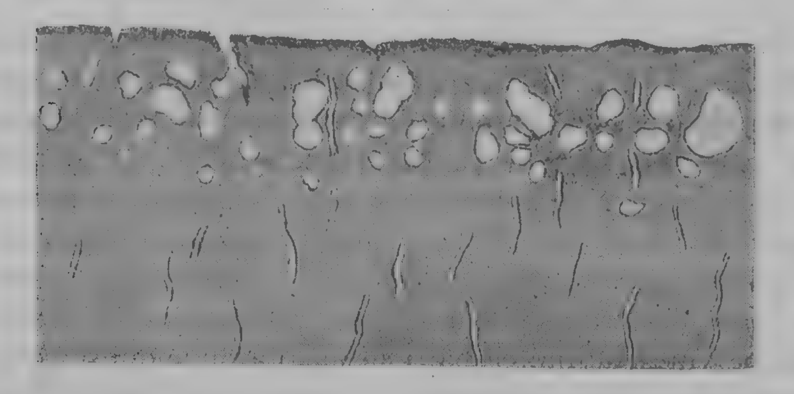


Fig. 3. — *Coupe de la couronne d'une incisive de chien après décalcification.*

On voit les canalicules dentaires se prolonger dans la couche superficielle (émail) qui est creusée de nombreuses vacuoles.

épaisse de $0^{m}04$, les fibrilles de Tomes sont distantes de 5 à 6 μ. De plus, cette substance fondamentale, qui correspond aux prismes de l'émail, montre de nombreux vides sous forme de vacuoles. J'explique la présence de ces vacuoles par la disparition de la substance ou trame organique que les acides ont enlevée en même temps que les sels calcaires avec lesquels elle était combinée.

En résumé, la dent du chien est constituée par des zones emboîtées qui offrent la structure de la dentine et qui ne diffèrent que par les points suivants : 1° les canalicules dentaires sont plus rapprochés dans les zones internes, où

la substance fondamentale est réduite ; 2° la substance fondamentale est très développée dans les couches superficielles et les canalicules rares. De plus, la couche superficielle contient des portions si riches en sels calcaires que la disparition de ces derniers y crée des vides.

Dernière question enfin : peut-on retrouver des phases de développement analogue sur les dents des animaux qui, à l'état adulte, ont des couches puissantes d'émail ? Les jeunes dents de Ruminants (mouton, mouflon) m'ont offert un objet d'étude des plus propices.

IV. *Dent de remplacement de mouton avant son éruption.* — La fig. 4 reproduit une portion d'une dent permanente encore contenue dans son alvéole, mais séparée par un espace libre de la paroi du follicule. La dentine calcifiée n'a encore qu'une épaisseur de 0^{m}02 et sa portion superficielle, épaisse de 0^{m}04, rappelle, par sa transparence et son aspect homogène, la couche superficielle de la dentine radiculaire d'une dent adulte. Cette portion de dentine transparente est limitée par une membranule qui se colore en masse et dont l'épaisseur ne dépasse pas 5 à 7 μ. Cette membranule correspond à l'émail primitif des auteurs, à la première dentine non calcifiée. En dehors de cette membranule existe une couche de tissu conjonctif plein, formé de cellules dont le cytoplasma commence à devenir fibrillaire. Ce revêtement conjonctif est l'ébauche de la couche génératrice du *cortical coronaire* [1].

Dans cette jeune dent de mouton, qui ne possède qu'une membranule sans cellules ni noyaux à la surface de la dentine, une couche de dentine sous-jacente et un revêtement conjonctif, l'émail définitif si dur et si épais ne saurait être produit ni par la membranule amorphe, ni par le

---

1. *Cément* des Anglais. J'ai déjà indiqué dans une note antérieure la confusion qu'amène l'emploi de ce mot appliqué à la fois au cortical osseux et au prétendu ciment de l'émail. Le *Traité d'Embryologie*, de S. Minot, ainsi que sa traduction allemande, en donnent un nouvel exemple.

tissu conjonctif : il ne peut provenir que des couches superficielles de la dentine.

En rapprochant les uns des autres ces faits de développement et de structure, il me semble qu'il est rationnel d'admettre que la dent passe, chez les divers animaux, par les mêmes phases d'évolution ; sous l'influence de l'organe

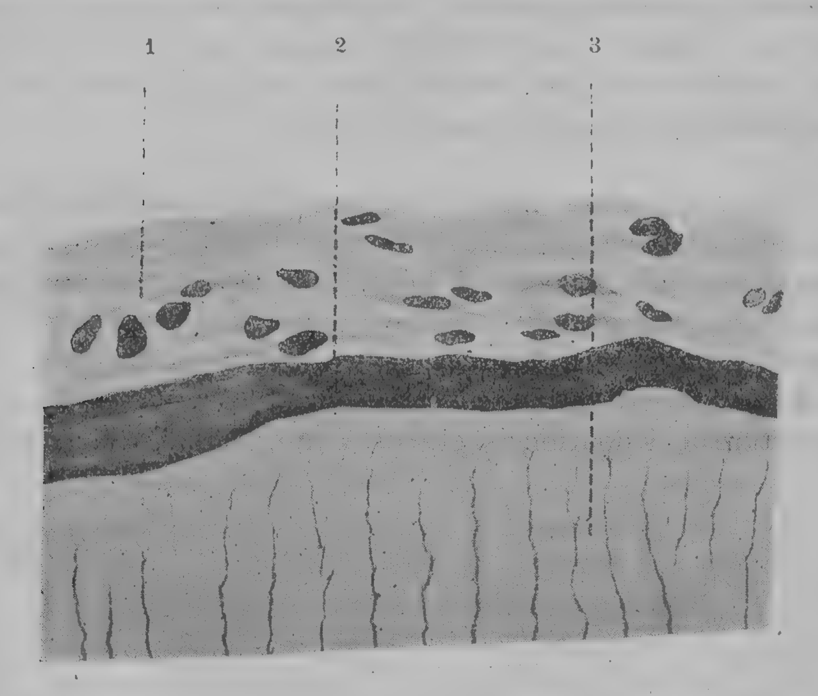


Fig. 4. — *Coupe d'une dent de remplacement de mouton encore contenue dans son alvéole.*

1, revêtement de tissu conjonctif réticulé ; *2*, couche superficielle émail primitif des auteurs) ; *3*, dentine calcifiée.

prédentaire, il se forme une papille mésodermique dont les cellules superficielles élaborent de l'ivoire ou dentine. Celle-ci, d'abord molle *(membrane préformative)*, devient de plus en plus ferme et figure une enveloppe ou écorce de consistance caséeuse. C'est là le premier émail qui disparaît de bonne heure en s'écaillant. Les couches sous-jacentes de dentines se calcifient et ne tardent pas à former un revêtement d'émail plus dur. Celui-ci reste mince et riche

en substance organique chez les animaux, tels que le chien qui ne triture point des substances alimentaires. Ce stade persistant chez les Carnivores se rencontre dans les dents des Herbivores, tant qu'elles sont contenues dans les alvéoles des mâchoires. L'organe épithélial (prédentaire ou dit de l'émail) est constant ; mais l'émail ne se développe que sur les dents soumises à l'action mécanique de la trituration. L'émail a une structure d'autant plus semblable à la dentine que la dent est plus jeune ou qu'elle appartient à un animal plus exclusivement carnivore.

Conclusions. — L'émail est le dernier stade évolutif de la dentine. Il ne prend les caractères d'émail définitif (dur et calcifié) qu'à l'époque où les cellules de l'organe prédentaire sont atrophiées. Il ne se produit que sur les seules portions de la dent soumises à l'excitation mécanique. Si cette dernière reste faible, l'émail conserve plus ou moins la structure de la dentine ; si elle est nulle, l'émail fera défaut.

NOTE SUR L'EXAMEN DE L'ÉMAIL DENTAIRE NORMAL HUMAIN

(Pratiqué dans la lumière polarisée, Biréfringence et colorations interférentielles).

Par Th. RAYNAL,
Chargé de cours à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

(Société d'odontologie, 4 mai 1920.)

Une coupe d'émail sain, provenant d'une dent humaine, montée sans traitement colorant préalable entre lame et lamelle, se présente sous son aspect habituel lorsqu'on l'examine sur un microscope polarisant, alors que les nicols sont parallèles, que l'examen se fasse à la lumière normale du jour ou que ce soit à une lumière monochromatique. Mais si l'on vient à croiser les nicols, l'aspect de la préparation se modifie.

L'émail apparaît alors lumineux sur le fond obscur du champ polarisé. Si une partie de dentine, qui souvent accompagne l'émail dans les préparations histologiques, apparaît dans le champ de l'oculaire, ce tissu ne paraît pas jouir de propriétés optiques spéciales et il demeure obscur sur le fond sombre. L'expérience ne change pas si, au lieu d'utiliser la lumière blanche, on se sert de lumière rouge, verte, jaune, bleue ou violette.

En outre, si l'on fait tourner la préparation dans le plan de la platine, autour de l'axe visuel du microscope comme centre de rotation, l'éclairement de l'émail se modifie : très net à un moment donné, il diminue progressivement au point de disparaître lorsque la rotation a atteint 90° ; l'éclairement redevient progressivement maximum quand la rotation est à 180° de la position primitive ; il retrouve encore un minimum d'éclairement à 270° et reprend aux 360° du cercle complet l'aspect qu'il avait au début de l'expérience.

En même temps, si on utilise la lumière blanche, selon

l'orientation que l'on donne à la préparation, on constate que la zone d'émail est couverte de vives couleurs d'interférence. La netteté de ces couleurs d'interférence varie avec les coupes et les sujets qui les ont fournies. Il semble que l'inclinaison des faces de section, par rapport à l'axe théorique des prismes adamantins, intervient dans ces variations. Il en est de même pour la part qui revient aux faibles variations chimiques du tissu.

Ces couleurs ne sont pas dues à une absorption colorée inégale (pléochroïsme), car elles ne s'observent plus si l'on enlève l'oculaire analyseur.

Lorsque, sur certaines préparations on n'observe pas ces phénomènes, la cause en réside uniquement dans l'orientation du plan de coupe. Il suffit de monter une autre coupe de la même pièce, avec une orientation différente pour que les phénomènes apparaissent, car ils sont constants.

L'émail dentaire humain paraît donc doué de propriétés optiques spéciales (biréfringence). Sans préjuger des résultats de l'étude plus complète de ces phénomènes, non encore observés, à ma connaissance, il semble que l'on puisse, d'ores et déjà, émettre l'hypothèse que c'est dans ces phénomènes physiques, et notamment dans les phénomènes colorés, que pourrait résider la cause des variétés de teintes si nombreuses qui existent des dents d'un individu aux dents d'un autre, variations qui sont d'une si grande importance en clinique de prothèse dentaire lorsqu'il s'agit de choisir des dents artificielles.

REVUE DES REVUES

LA PYORRHÉE EXPÉRIMENTALE

Par Percy HOWE.

Je me propose d'exposer les expériences dans lesquelles les diverses théories sur la pyorrhée ont été essayées pour savoir si elles pouvaient provoquer cette affection.

On peut objecter que ce que je vais décrire n'est pas la pyorrhée. Pyorrhée alvéolaire est une expression vague : mais je l'emploierai dans son sens le plus large et je considérerai comme pyorrhée des lésions du voisinage des dents qui détruisent le tissu qui les supporte. Cette définition embrasse tous les types et toutes les phases de cette affection. La tentative d'épurer le terme pyorrhée a souvent pour effet d'obscurcir les principes essentiels de ce trouble, et c'est ce qu'il faut éviter.

Il y a certains états pathologiques qui amènent chez l'homme une perte si marquée des tissus supportant les dents qu'il n'est pas nécessaire de les mentionner. L'un d'entre eux est l'intoxication phosphorée. Là les dents perdent les tissus qui les supportent et sont détruites. L'arsenic appliqué aux gencives détruit le tissu et il en résulte la perte des dents. L'intoxication par le mercure agit de même. Ce sont là des poisons chimiques très actifs, dont les effets sont très marqués sur les tissus environnant les dents. Le tissu alvéolaire qui recouvre les os des maxillaires présente promptement ces effets destructifs.

La destruction de ces tissus peut être produite par un petit anneau de caoutchouc y pénétrant.

Les redressements rapides et hors de propos produisent le même effet. Le traumatisme d'une articulation irrégulière résultant d'un engrènement irrégulier est si connu qu'il a été considéré par certains comme la seule cause de la pyorrhée. Le tartre, par son accumulation constante devient un irritant pour les tissus et amène de l'irrégularité dans les fonctions naturelles des tissus mous, ainsi que la résorption du procès alvéolaire.

Mais ce sont là des effets mécaniques troublant la circulation des tissus et amenant leur désagrégation. Ces effets sont marqués et évidents et l'expérimentation ne pourrait ajouter que peu de chose à nos connaissances à cet égard.

Mais il y a d'autres théories sur la pyorrhée qui exigent une étude plus complète. L'une prétend que les endamœbœ (amibes)

buccales sont la cause de la pyorrhée et que l'émétine est un spécifique du trouble. Pour quiconque a étudié ces protozoaires, il est évident qu'en les considérant comme un facteur étiologique de la pyorrhée on commet une erreur. Les amibes sont connues depuis longtemps, mais ont été peu étudiées. Quand cette théorie fut émise, je soutins que les amibes buccales n'étaient pas parasitaires et ne pouvaient être comparées aux amibes histolytiques de la dysenterie des tropiques.

Sans doute les auteurs de cette théorie avaient dans l'esprit les propriétés parasitaires des histolytiques quand ils prétendirent que les amibes sont la cause de la pyorrhée. J'ai trouvé des amibes buccales dans toutes les bouches et j'en ai parlé ailleurs. J'ai fait à ce sujet les expériences suivantes : j'ai établi des poches dans les dents de cobayes et j'y ai enfermé des amibes aussi bien que j'ai pu.

Craig a étudié les amibes chez l'homme ; il appelle celles de la bouche amibes gingivales. « Leur dimension varie, dit-il, de 7 à 35 μ, le diamètre moyen étant de 12 à 20 μ ; l'ectoplasme (visible seulement quand il y a mouvement) et l'endoplasme bien développés. » Le premier est rétractile et le mouvement est très actif, les pseudopodes sont bien développés, courts et obtus ou longs et de forme digitale. L'endoplasme est granulaire, contient de nombreuses vacuoles, est incontractile, mais dans le spécimen vivant un noyau distinct n'est pas visible dans bien des cas. L'organisme est fortement phagocytique et des corpuscules sanguins rouges sont souvent ingérés. La reproduction a lieu sans doute par simple division pendant la phase végétative de développement. Il se forme des kystes contenant un noyau, mais il n'a pas été observé de phénomènes de reproduction. Les kystes mesurent de 8 à 10 μ de diamètre ; il en a été vu de plus grands dans la bouche humaine. Ils se rencontrent aussi dans beaucoup de bouches saines et il n'a jamais été prouvé expérimentalement que l'amibe gingivale se rattache à la survenance de la pyorrhée. »

J'ai vu à Paris les spécimens de Chiavaro, de Rome, qui partage ma manière de voir touchant leur rôle dans la bouche. Il les considère comme des nettoyeurs inoffensifs dans l'auto-désinfection de la bouche. Quand cette théorie commença à être mise en doute, je discutai la question avec M. Smith, qui estime que les amibes peuvent être des facteurs dans la pyorrhée par la formation de toxines dérivées d'une relation symbiotique avec les bactéries. Il ne me semble pas y avoir de raison pour partager cette idée, et l'expérience sur les cobayes ne l'appuyait pas. Je crois que la théorie des amibes a été abandonnée.

La théorie de la pyorrhée causée par une invasion de bactéries

est la plus en faveur actuellement. Il est hors de doute que les bactéries sont toujours associées à la pyorrhée. Aucune bactérie spécifique n'a été trouvée, mais il y a une grande variété de microbes. Quelle est la nature de cette flore bactérienne ? Quelle est sa source ? Devient-elle parasitaire ? Est-ce la cause première ou la cause secondaire ? Ce sont là des questions qui exigent de nouveaux éclaircissements.

En examinant cette question, il est nécessaire de connaître les types de micro-organismes trouvés dans la pyorrhée et quelque chose de leur action sur les tissus. Beaucoup de travaux sur la bactériologie de la pyorrhée sont basés sur des enduits. L'objection contre les enduits est que beaucoup de micro-organismes sont très pléomorphiques. Certes, tous les micro-organismes se présentent sous diverses formes pendant les phases de leurs cycles de vie. Ils réagissent donc sous les diverses réactions colorantes suivant le milieu dans lequel ils vivent. D'autre part, la culture sur des milieux artificiels n'est pas sans inconvénients, car certains micro-organismes prolifèrent rapidement dans un milieu de culture et pas aussi bien dans un autre. Quelques-uns ne croissent pas du tout. La vie en commun de divers types de micro-organismes ou la relation symbiotique est rarement représentée dans le tube de culture ; de sorte qu'il est difficile d'obtenir une représentation exacte de ce qui se passe dans la bouche. Néanmoins, aucune bactérie spécifique n'a été trouvée jusqu'à présent.

Les microbes suivants ont été signalés : les amibes, les spirochètes de divers types, tels que le tréponème muqueux ; ils ont été cultivés et étudiés. Le tréponème muqueux est producteur de mucine et dégage l'odeur caractéristique de la pyorrhée.

Avec des enduits on obtient d'autres spirochètes, tels que le S. Repingens, le S. Vincenti. Drew et Griffin ont différencié ces derniers par la méthode du rouge du Congo. Les streptocoques, du type viridans et du type hémolytique, beaucoup de coccus, de staphylocoques (albus, aureus, catarrhalis, tetragenus), de vibrions, de fusiformes et autres bacilles, ont été mentionnés.

Dans mes examens de cultures j'ai trouvé des spirochètes et je les ai cultivés dans du sérum de cheval, des staphylocoques, des streptocoques (des colonies à courte chaîne et produisant du vert, ainsi que des hémolytiques), le bacille bifide, le bacille catarrhalis. Ils étaient cultivés aérobiquement et anaérobiquement sur l'agar-sang.

Dans trente cas, par la méthode Avery et par la méthode Avery, Chickering, Cole et Dochez, j'ai trouvé des pneumocoques, mais seulement une fois le type IV.

Goadby déclare ne pas avoir trouvé de pneumocoques dans la pyorrhée. D'autres ont déclaré le contraire.

Dans le cas contenant le type IV, la matière était cultivée dans des sérums des types 1, 2, 3 antipneumococciques fournis par l'Institut Rockefeller et dans de la bile. La source de cette matière était un cas de pyorrhée grave.

Dans neuf autres cas la matière provenait de poches de pyorrhée prélevée au moyen d'une pipette stérile, et fut cultivée pendant 5 heures dans 4 c. c. de bouillon de sang. Les cellules furent précipitées, puis les micro-organismes dans le liquide surnageant furent décantés et précipités, 2 c. c. de sel stérile furent ajoutés, puis ils furent injectés sous le péritoine à des souris de 15 grammes sans résultats. Ces souris vivent et se portent bien.

Dans dix autres cas le même procédé fut employé, sauf que les cultures furent incubées.

Dans douze cas, la matière provenant des poches de pyorrhée fut injectée directement aux souris, car on pensa que quelques-uns des micro-organismes qui ne se développeraient pas dans des milieux de culture pouvaient croître dans le corps des animaux.

Cas n°	Poids de la souris.	Dose.	Effet.
21	1 gr. 7	1 c. c. 5	nul.
22	14 gr. 7	1	»
23	16 gr. 8	1	»
24	12 gr.	1 c. c.	»
25	8 gr. 7	1/2 c. c.	»
26	17 gr. 4	3/4 c. c.	»
27	22 gr. 6	1 c. c. 1	mort en 27 heures.
28	14 gr.	1 c. c. 6	»
29	13 gr.	1	»
30	14 gr.	1 c. c. 5	»
31	18 gr. 5	1 c. c. 5	»
32	19 gr. 9	1 c. c. 5	»

Dose moyenne 1 c. c. 2 pour une souris de 15 gr. 8.

L'examen des lavages du péritoine de la souris qui mourut, présentait une infection staphylococcique et par le bacillus coli. Cela peut être dû à la piqûre intestinale, mais se produit rarement et nous avons trouvé des staphylocoques et le bacille coli ensemble dans l'examen de poches de pyorrhée.

Cependant cela montre que, dans la majorité des cas, la virulence des organismes des poches de pyorrhée est au moins lente pour les souris, car la dose indiquée ci-dessus serait de 5 lit. 3/4 environ pour un homme de 70 kilog., tandis que pour une souris

pesant 15 grammes, 1 millionième de c. c. de streptocoque virulent amène la septicémie et la mort. En injectant à des souris ces doses massives sous le péritoine, deux morts seulement sont survenues. L'une présentait le type IV de pneumocoque, l'autre des staphylocoques et le bacille coli. Sur un groupe de quinze souris, quatre non traitées moururent. Goadby, au contraire, injecta sous la peau à dix cobayes et à cinq lapins une émulsion de pus de pyorrhée dans du bouillon stérile. Tous ces animaux périrent, sauf un cobaye et un lapin. La dose n'est pas indiquée.

On sait bien, cependant, que ces micro-organismes ont, d'ordinaire, une virulence lente. On sait aussi qu'ils constituent la flore habituelle de l'adulte, et c'est seulement dans certaines circonstances que le tissu perd son état réfractaire naturel à leur égard et est envahi.

J'ai injecté quelques-uns de ces micro-organismes dans le tissu voisin des dents de cobayes, mais je n'ai jamais pu, de cette façon, établir aucune condition qui stimule la pyorrhée. Il ne s'est rien produit, si ce n'est une guérison spontanée.

Hartzel dit dans ses études qu'il n'a jamais pu produire un abcès dentaire par une injection de streptocoque viridans. Autant que je sache, personne n'a pu encore produire la pyorrhée par l'injection de micro-organismes ou d'un mélange de micro-organismes dans le voisinage des dents. A l'égard de la participation des bactéries à la pyorrhée alvéolaire, Miller dit :

« Les micro-organismes qui possèdent des propriétés pyogéniniques habitent chaque bouche temporairement ou constamment. Si donc le pouvoir de résistance du tissu péridentaire est amoindri par une des causes locales ou constitutionnelles cidessus mentionnées, de façon à fournir un milieu de culture convenable pour les bactéries, elles commenceront leurs ravages, bien entendu, et les symptômes habituels suivront. »

Cela veut dire que l'altération du tissu est la première cause, l'invasion bactérienne est secondaire. Etant donné ce que j'ai montré, cela me semble la seule explication possible du rôle joué par les microbes dans cette lésion. Les preuves sont très nombreuses pour appuyer ce principe et, en ce qui concerne la pyorrhée, personne n'en soutiendra aucun autre, par exemple que l'infection est secondaire.

L'infection doit être précédée d'un trouble chimique ou mécanique des tissus, par un traumatisme, par des effets constitutionnels dus à des états nerveux ou à des conditions métaboliques anormales.

En ce qui concerne les amibes, on ne constate pas d'effets sur les tissus. Quant aux spirochètes du type examiné, Noguchi dit

qu'ils ne croissent pas dans les tissus sains. Il considère le facteur étiologique dans la pyorrhée comme une condition métabolique anormale, l'infection comme secondaire. L'étude du bacille fusiforme dans la pyorrhée et autres lésions par Dick et autres montre qu'elle est secondaire. Et il en est ainsi avec les autres micro-organismes de la pyorrhée, autant qu'on le sache.

Si le rôle infectieux de la pyorrhée est une question secondaire dans sa pathologie et si elle consiste dans une flore mélangée, que dire touchant l'emploi du vaccin dans son traitement ?

Le plus que nous puissions attendre de l'emploi du vaccin serait de produire de l'effet sur les suites d'un trouble précédent. Les vaccins préparés d'ordinaire pour la pyorrhée sont composés de cultures aérobies. C'est une limitation, car cela ne produirait d'effet que sur les organismes aérobies de la pyorrhée, tandis qu'une forte proportion des micro-organismes de la pyorrhée sont anaérobies.

Les vaccins à employer sont préparés par une culture de peu de durée. Ces préparations n'auraient pas d'effet sur les micro-organismes les plus intimement intéressés dans ce procédé, à en juger par l'effet sur les milieux dans le tube de culture. Je fais allusion aux spirochètes formant de la mucine et liquéfiant les milieux, car ces organismes demandent 8 à 10 jours ou plus pour se développer. Les vaccins peuvent affecter les staphylocoques. Au sujet des streptocoques, quoiqu'on ait fait beaucoup, il reste beaucoup à faire. Ils sont considérés comme ayant la propriété de produire de la méthémoglobine au moyen d'oxyhémoglobine, ce qu'ils ne font pas. Les pneumocoques possèdent la même propriété ; c'est là la base de la distinction entre le streptocoque viridans et les streptocoques hémolytiques. Il y a certaines divergences dans cette classification. Howel dit : « Il n'a pas été observé de corrélation entre les essais de fixation de complément et les groupes basés sur l'hémolyse et la non-hémolyse. » Le traitement par le vaccin et par le sérum n'a pas été jugé efficace à cet égard par la majorité des auteurs qui ont étudié la question.

De sorte qu'il semble y avoir peu de raison de croire que les vaccins seraient efficaces dans la pyorrhée. Dans l'ensemble les résultats bienfaisants à attendre des vaccins doivent être limités. L'infection doit être traitée chirurgicalement ou par des injections de substance comme le succinimide de mercure.

L'expérience qui stimule le mieux la pyorrhée est celle qui consiste à nourrir des cobayes et des chats avec du lait ou des aliments constipants. En 3 semaines environ, les dents deviennent branlantes, les gencives saignent et les articulations sont

atteintes, chez certains animaux les dents étaient devenues si branlantes qu'elles pouvaient être enlevées avec un excavateur. Cela a été montré par Mac Collum et Pitz. Jackson et Moody et autres ont étudié l'expérience au point de vue pathologique et bactériologique. J'ai fait cette expérience sur des groupes de cobayes pour en examiner le résultat dentaire. Le cobaye a un cæcum délicat et, quand celui-ci est engorgé par un régime alimentaire impropre, les dents deviennent branlantes et il survient une affection connexe. Quelques-uns ont estimé que cette affection des dents et cette affection connexe pourraient être une infection. Quoique cela puisse être, on peut le vérifier dans l'intestin comme Pitz l'a montré, car, en ajoutant 10 0/0 à 20 0/0 de lactose à l'alimentation en grains, les cobayes se portent mieux. Cela empêche la formation de substances intestinales putréfiantes comme l'indol, le scatol et le phénol. Il attribue cet état aux matières fécales pâteuses de l'alimentation en avoine et à la toxémie qui en résulte. Cet état est connu comme un « scorbut expérimental », dont l'étude offre des éléments diététiques très importants pour l'observateur de pathologie dentaire. Avec un régime alimentaire impropre les animaux de laboratoire deviennent la victime de beaucoup d'infections de degré inférieur. Pemberton écrit que « des cas présentant des sources évidentes et incontestables d'infection dans les dents, les amygdales ou ailleurs peuvent s'améliorer ou guérir complètement par un régime alimentaire ».

Le caractère des aliments pouvant amener des troubles dentaires a une grande importance, surtout chez l'enfant pendant la croissance. Cette pyorrhée expérimentale est la seule ayant des effets perceptibles. Mac Collum, Mendel et Osborne ont montré comment on peut arrêter ou amener la croissance ou la fécondité par un régime alimentaire approprié. L'effet sur la nutrition maternelle et, par suite, sur l'enfant, a été démontré incontestablement. Le besoin de lait, de feuilles et de graines pour un régime alimentaire complet a été démontré. L'eau soluble B et la graisse soluble A de Mac Collum sont des facteurs très importants à cet égard. L'effet alimentaire peut se voir dans l'ébranlement du scorbut expérimental. Tout ce que nous connaissons en carie se ramène à un régime qui n'est pas équilibré, peut-être à un régime insuffisant avec d'autres facteurs. Pemberton en a observé sur d'autres processus d'infection de degré inférieur, et Mac Collum dans son expérience a observé et commenté la même chose.

Je crois également que le tartre a une origine constitutionnelle et une origine locale. L'expérience de Black qui a fixé un

couvercle de verre sur ses dents et observé qu'avec une suralimentation il obtenait un dépôt dessus est un pas dans cette voie. J'ai parlé ailleurs de l'effet d'une alimentation équilibrée sur la nature de la salive, ainsi que sur la nature du tartre et son mode de formation.

Nous savons que d'ordinaire la pyorrhée est une maladie de l'adulte, que les chiens nourris à la maison en sont largement atteints. Nous savons qu'elle accompagne certaines maladies ou certains états métaboliques irréguliers ; diabète, alcoolisme, syphilis. Un des chefs de nos grands hôpitaux a dit : « Tous mes patients l'ont. » Elle suit des troubles des glandes de sécrétion interne, elle suit un traumatisme chimique et mécanique. En général l'état de la bouche dépend directement d'un grand nombre de changements constitutionnels. On peut extraire des dents, mais les sauver suivant les enseignements de la chirurgie accepté actuellement, c'est là la question. Enlevez chirurgicalement tous les processus malades. Efforcez-vous de conserver la résistance des tissus par toute méthode connue. Reconnaissez de bonne heure la pyorrhée. Attaquez le trouble dans ses phases initiales. Maintenez les dents pendant le traitement si c'est nécessaire. Corrigez l'engrènement irrégulier. Remplacez les dents manquantes. Observez toutes les mesures hygiéniques générales et locales et le traitement de la pyorrhée donnera un succès.

(*The Journal of the National Dental Association*, mai 1919.)

REVUE ANALYTIQUE

L'anesthésie générale au chlorure d'éthyle courte ou prolongée par le dosethyleur adapté au masque de Camus.

Par H. Abrand.

Pour M. Abrand, de tous les appareils construits pour l'anesthésie au chlorure d'éthyle, le masque de Camus est le plus parfait. Cependant son emploi fréquent lui a suggéré la possibilité de quelques perfectionnements que réalise le petit appareil qu'il a inventé et qu'il présente. Il s'agissait de supprimer la nécessité de la refrigération, de commencer l'anesthésie doucement pour éviter la sensation de strangulation du début, de permettre l'anesthésie prolongée sans se servir de plusieurs ampoules, de diminuer la quantité de chlorure nécessaire à l'anesthésie.

L'appareil décrit sous le nom de Dosethyleur permet le réglage de la dose de chlorure que l'on désire donner, l'emploi d'une unique ampoule qui pourra être aussi grande que l'on veut, mais graduée de préférence, de façon à suivre le volume du liquide employé.

L'appareil se compose d'une double tubulure en position perpendiculaire l'une sur l'autre et communiquant. Un côté s'adapte par serrage au masque de Camus à la place du tube de caoutchouc porte-ampoule, l'autre reçoit l'ampoule graduée. Entre les deux tubulures, un pointeau de maniement commode permet de régler l'entrée du liquide dans le masque.

Cet appareil apporte un perfectionnement intéressant au masque pour anesthésie au chlorure d'éthyle et rend certes plus aisé l'anesthésie générale de longue durée. Je pense, du reste, qu'un dispositif analogue peut être adapté facilement à tous les masques semblables au masque de Camus. (*Presse Médicale*, 5 mai 1920.)

Conduite à tenir avant et après l'anesthésie.

Une discussion vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie de Paris sur la conduite à tenir avant et après l'anesthésie. On peut ainsi la résumer :

1° Il est inutile et même nuisible de tenir à la diète les sujets à opérer pendant les jours qui précèdent l'intervention. Seule la suppression du repas qui précède immédiatement celle-ci est utile (le petit déjeuner du matin dans la plupart des cas) ;

2° L'alimentation du sujet pendant les jours qui précèdent l'opération doit comporter une proportion dominante d'hydrates de carbone. On réalise cette indication en faisant figurer dans le menu des féculants, du lait et des bouillies sucrées. On fera en outre absorber au sujet 150 grammes de sirop de sucre la veille de l'opération et 150 grammes de ce même sirop le matin de l'opération. Diminuer la

ration azotée, en proportion de l'augmentation de la ration hydrocarbonée ;

3° Instaurer un traitement bref à l'hépatocrénol avant l'opération (3 cachets la veille) ;

4° Ne pas purger les malades la veille de l'opération ;

5° L'usage de la morphine avant l'anesthésie générale est recommandable ;

6° Après l'opération, installer si possible un goutte à goutte administrant à l'opéré une solution glycosée ;

7° Laisser boire les opérés à la condition que les prises de boisson dont le volume n'est pas limité soient distantes de deux heures l'une de l'autre ;

8° Laisser manger rapidement les opérés bien portants, toujours exception faite pour les interventions qui ont porté sur l'intestin ;

9° Ne pas purger les malades sans raison valable ;

10° N'administrer de morphine aux opérés qu'en cas de douleurs très vives qui sont d'ailleurs fréquentes après certaines interventions.

(*Société de Chirurgie de Paris*, *Revue pratique de Biologie appliquée*, mars 1920.)

Les déviations du maxillaire inférieur indépendantes des fractures ou luxations de la mandibule.

Par M. G. Maurel.

Les déviations du maxillaire inférieur et spécialement les latéro-déviations sont très fréquentes au cours des traumatismes maxillo-faciaux et constituent en général un excellent signe des fractures des maxillaires, surtout des fractures latérales. Il existe cependant des cas où ces latéro-déviations ne sont pas en rapport avec une fracture ou une luxation des maxillaires. Ces cas peuvent se rencontrer à toutes les périodes des blessures de la tête et de la face. Ces latéro-déviations mandibulaires sont liées à des troubles fonctionnels dans la statique et le dynamisme mandibulaires qui sont eux-mêmes sous la dépendance, soit de lésions ou de troubles des muscles moteurs de la mandibule ou de leurs rameaux d'innervation, soit de processus scléro-cicatriciel dans le territoire cervico-facial.

Le diagnostic repose sur les symptômes observés ; il doit éliminer la paralysie faciale, mais reste toujours difficile avec les fractures de la branche montante haut situées ; la radiographie résoudra la question. Le diagnostic est à faire aussi avec les luxations ou les subluxations unilatérales, en particulier la luxation unilatérale récidivante chronique.

Le pronostic est variable avec le degré de la latéro-déviation et l'intensité de la constriction qui l'accompagne. Les latéro-déviations existant dans l'occlusion ou celles qui sont en rapport avec une paralysie masticatrice unilatérale sont les plus graves.

Le traitement de la période de début des blessures maxillo-faciales

doit être surtout prophylactique (sutures des muscles sectionnés, extraction des projectiles, traitement mécano-thérapique).

Lorsque la déviation est constituée en dehors du traitement de la constriction des mâchoires, l'opérateur dispose des moyens orthognathiques qui doivent les premiers être utilisés et ensuite du traitement mixte chirurgico-prothétique.

Dans tous les cas, le traitement est toujours difficile et de longue durée ; on devra donc s'efforcer de prévenir autant que possible les latéro-déviations mandibulaires. (*Thèse de Paris*, 1919.)

L'ostéotomie mandibulaire dans le traitement des fractures balistiques de la mâchoire inférieure.

Par F. BONNET.

L'ostéotomie mandibulaire dont la technique est aujourd'hui bien réglée, suivie d'une prothèse immédiate, est la seule intervention qui permette, dans les cas de vice d'articule irréductible des mâchoires, de rétablir cet articulé.

L'ostéotomie ne suffit pas à assurer la consolidation osseuse des fractures du maxillaire inférieur au traitement desquelles elle a été appliquée ; mais, de même que la contention immédiate après le traumatisme, elle réalise les meilleures conditions susceptibles d'obtenir cette consolidation osseuse.

Dans les cas où la guérison anatomique de la fracture mandibulaire s'établit en pseudarthrose, elle assure, en reconstituant l'engrènement des dents physiologiquement, la condition essentielle d'une bonne prothèse définitive ou d'une greffe.

M. Bonnet décrit la technique de cette opération et rapporte 43 cas de fractures balistiques de la mâchoire dans lesquelles elle a été exécutée. (*Thèse de Paris*, 1919.)

Accidents de la dent de sagesse.

Par M. DUPOUCHET, d'Alger.

L'auteur rapporte l'observation intéressante d'un malade qui, après un phlegmon grave angulo-maxillaire dû à une dent de sagesse, fit de la nécrose du maxillaire inférieur, puis de l'arthrite suppurée de l'articulation temporo-maxillaire et enfin un abcès sous et intra-dural. La maladie continua d'évoluer malgré une ouverture large du foyer infectieux. Deux mois après le début survinrent de la céphalée, de l'œdème, une température à 40°, des mouvements convulsifs, puis le malade tomba dans le coma et succomba.

(*Société de Chirurgie*, 28 avril 1920.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 4 mai 1920.

Présidence de M. GEORGES VILLAIN, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

I. — PROCÈS-VERBAL. CORRESPONDANCE.

Le Président. — Notre président, M. Blatter, empêché, s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion et m'a chargé de prendre la présidence à sa place.

Le procès-verbal de la séance du 2 décembre 1919 a été publié dans *L'Odontologie* du 30 mars 1920. Quelqu'un a-t-il des observations à y faire ? Je le mets aux voix. (Adopté à l'unanimité.)

II. — STRUCTURE ET ÉVOLUTION DE L'ÉMAIL, PAR M. LE PROFESSEUR RETTERER.

M. Retterer donne lecture de sa communication. (V. p. 509.)

DISCUSSION.

M. le Président. — Vous venez d'entendre la très savante communication de M. le Professeur Retterer, qui est la suite d'une de ses conférences antérieures. La discussion est ouverte.

M. Frey. — Les faits que présente M. Retterer sont extrêmement intéressants ; je dirai plus, ils sont impressionnants. N'étant pas histologiste, je ne puis les envisager qu'en pathologue.

Considérons par exemple les tumeurs des maxillaires d'origine dentaire. Voilà un organe de l'émail qui, d'après M. Retterer, ne fait pas d'émail, mais qui cependant a servi dans la formation et l'édification de la dent ; je le considérerais volontiers comme l'échafaudage qui permet à la dent de se construire et qui la dirige vers la cavité buccale, quitte ensuite à disparaître plus ou moins complètement.

Mais alors quelle importance ne devons-nous pas lui attribuer dans l'évolution de toutes les tumeurs du tissu adamantin, des « adamantinomes » selon l'expression de Coryllos !

Cette action excitatrice du tissu adamantin me rappelle cette phrase si suggestive d'Ombredanne : « C'est l'hyperplasie épithéliale qui a mis en mouvement l'hyperplasie mésodermique, qui aboutit à la formation plus ou moins ordonnée des masses d'ivoire et de cément. »

M. Retterer. — Dans une discussion avec un professeur de la Faculté de médecine, on m'a objecté que les organismes sont toujours en rapport avec le monde extérieur par des parties ectodermiques. C'est là un principe admis par les Ecoles. Outre que les principes ne tiennent pas contre un fait que chacun peut vérifier, je citerai le bois du cerf dont l'os mésodermique est à nu.

L'organe épithélial, dit de l'émail, ou prédentaire, précède toujours la dent ; pour le moment, il ne me semble jouer qu'un rôle excitateur. Chez beaucoup de vertébrés, il existe alors que leurs dents sont toujours dépourvues d'émail. Dans les dents pourvues d'émail, l'organe prédentaire ne me semble pas contribuer au développement des prismes adamantins.

Dans les sciences d'observation, il est inutile de discuter ; il suffit de montrer à chacun ce dont il s'agit et de le mettre à même de juger par lui-même.

Il y a une autre question très difficile qui concerne l'organe prédentaire dit de l'émail ; s'atrophie-t-il ou se transforme-t-il en tissu conjonctif et vasculaire pour constituer une enveloppe fibreuse vasculaire à la racine de la dent ? Les vaisseaux y ont été signalés, mais on ignore son évolution. Dans de nombreux organes épithéliaux que j'ai étudiés depuis quarante ans, j'ai vu, en effet, les éléments épithéliaux évoluer en tissu conjonctif.

En ce qui concerne les tumeurs et la pathologie en général, je ne puis en parler, car je suis incompétent.

M. le Président. — Je remercie M. le professeur Retterer et j'espère qu'il voudra bien nous apporter ultérieurement le résultat de ses nouvelles recherches.

M. Frey remplace M. G. Villain à la présidence.

III. — Les progrès récents réalisés en orthodontie et en orthognathie, par M. G. Villain.

M. G. Villain donne lecture de sa communication.

Discussion.

M. Amoëdo. — J'ai entendu avec beaucoup d'intérêt la communication de M. G. Villain et j'ai eu l'occasion justement de

me servir de ces appareils d'Angle, tout d'abord de l'appareil qu'il appelle à tube et à pivot, ensuite de l'appareil à verrou et arc à ruban.

Il ne s'agit pas de discuter la communication de M. Villain, qui nous a dit faire surtout cette communication pour ceux qui n'ont pu suivre ces travaux par suite de leurs occupations pendant la guerre. J'ai travaillé aussi dans les hôpitaux pendant la guerre ; mais j'ai pu non seulement étudier et suivre ces travaux, dans les revues américaines, mais aussi les appliquer.

La seule chose sur laquelle, je crois, M. Villain n'a pas insisté suffisamment, c'est la force agissante des deux appareils d'Angle ; ces grandes modifications apportées par Angle consistent dans la modification de la force de torsion des fils. Vous avez vu toutes les boîtes à cigarettes : lorsque vous les ouvrez, cette ouverture se fait toute seule, c'est simplement un ressort, un fil qui se trouve soudé par une extrémité à une moitié de la boîte, et par l'autre extrémité à l'autre moitié ; lorsque la boîte est ouverte il est droit et lorsque vous la fermez il se tord. Vous tenez la boîte au moyen d'un fermoir ; je suppose que ce fermoir n'agit plus, la force du fil tendant à revenir droit ouvre la boîte. C'est cette force qui a été employée par Angle.

La difficulté en plaçant le premier appareil consistait non seulement à trouver le point de coïncidence du pivot avec le petit tube, mais c'était de placer l'arc, qui était partagé en trois sections : une section pour la partie antérieure et deux parties latérales avec pas de vis pouvant entrer dans les coulisses qui se trouvent dans les molaires. Ces tubes soudés aux bagues des molaires ne sont pas ronds comme le premier : ils ont une section carrée d'un côté, qui empêche le mouvement de torsion de la vis qui entre dans le tube soudé aux bagues des molaires.

Cette vis a un côté plat pour empêcher le mouvement de torsion dans les dits tubes. A l'extrémité mésiale de la vis se trouve une partie carrée creuse et l'arc se termine par un épaulement carré. Lorsqu'ils se trouvent l'un en face de l'autre, ils ne coïncident pas. Pour faire entrer l'arc, il faut les tordre avec une pince en l'inclinant du côté des racines vestibulaires : il y a un mouvement de torsion qui se produit dans l'extrémité de l'arc et cette force va agir sur la molaire et la déplacer du côté vestibulaire.

Dans l'autre appareil à verrou, la même force est utilisée, mais d'une façon différente. Comme le disait G. Villain, ce ruban que vous avez vu tout à l'heure ne se présente pas droit ; pour l'entrer dans l'échancrure, soudée aux bagues sur les incisives et canines, il faut forcer avec une pince et le fixer ensuite

au moyen d'un petit écrou dont l'extrémité est fixée en bas : c'est ce qu'on appelle l'appareil à verrou.

J'ai voulu simplement compléter la communication de M. Villain. En tout cas, c'est une grande modification aux premiers appareils d'Angle : on peut les placer et laisser agir sans être obligé de voir le malade, car l'appareil agit automatiquement.

M. Godon. — Un seul mot pour insister sur les dernières considérations de Georges Villain qui nous montrent que, pendant cette longue guerre, si l'on a beaucoup travaillé ici surtout au traitement des mutilés et si l'on peut en faire utilement des applications à certains de nos travaux d'orthodontie et d'orthognathie, pendant ce temps les confrères d'autres pays continuaient à faire des progrès dans différentes branches de notre art. Vous voyez combien ils sont intéressants ceux qui ont été faits en Amérique et il est heureux que par ses deux missions dans ce pays pendant cette triste période, Georges Villain ait pu continuer à se tenir ainsi au courant de ce qui se faisait aux Etats-Unis. Aussi je tiens à le féliciter particulièrement de son excellente communication en lui demandant de la compléter dans une prochaine séance comme il nous l'a promis.

M. L. Viau. — Je désirerais savoir s'il y a des modifications apportées aux ligatures.

M. G. Villain. — Il n'y en a plus.

M. L. Viau. — Si vous avez de nombreuses dents à déplacer, faut-il une bague sur chacune d'elle ?

Dans ce cas la difficulté de placement de l'appareil doit être très grande ?

M. G. Villain. — C'est là la difficulté d'application, mais il faut une bague sur toutes les dents à déplacer sans exception.

M. Frey. — Je veux demander à M. Villain si la force intermaxillaire est employée comme précédemment.

M. G. Villain. — Je tiens à remercier M. Amoëdo, qui a précisé avec juste raison l'action des arcs à ruban due à la torsion du métal.

On emploie la force intermaxillaire avec ces appareils comme avec les précédents.

Ces appareils, quand on les a en mains, peuvent s'employer de façon mathématique et à coup sûr pour déterminer le déplacement de la dent, sans que nous ayons à intervenir par des ligatures multiples et des visites fréquentes. Il y a l'inconvénient des bagues. Les résultats ? On ne peut pas encore les dire, car personnellement je crois que les appareils sont encore d'une application trop récente.

M. Frey. — Je crois être l'interprète de l'Assemblée en félicitant M. Georges Villain de sa conférence. A côté d'un historique extrêmement intéressant, il nous a apporté une documentation

très précieuse sur les procédés nouveaux qui sont employés en orthodontie et en orthognathie. Il a eu raison de nous montrer que si, au temps de Changé, nous avions eu un enseignement, nous n'aurions pas connu la période des appareils à plaque, qui a été une période de recul. L'appareil à plaque a été dans l'histoire de l'orthodontie ce qu'a été le cataplasme dans le recul de la chirurgie depuis la Renaissance jusqu'aux temps moderne.

Changé, Farrar, Angle ont été pour l'orthodontie ce que Pasteur, Lister, Lucas-Championnière et Terrier ont été pour la chirurgie.

Il est essentiel, en outre, qu'à côté de nos progrès en thérapeutique orthodontique nous continuions à en faire en symptomatologie.

Je demande instamment qu'on ne fasse jamais de redressement sans établir un diagnostic précis, confirmé par des examens radiographiques.

IV. — Note sur l'examen de l'émail dentaire normal humain (pratiqué dans la lumière polarisée, Biréfringence et colorations interférentielles), par M. Raynal, de Marseille.

Le Secrétaire général donne lecture de cette communication, qui, en raison de l'absence de son auteur, ne peut être mise en discussion (V. p. 525).

M. le Président. — On me prie d'adresser un appel aux sociétaires pour le Congrès de Strasbourg qui aura lieu du 26 au 31 juillet 1920.

On peut donner au secrétaire général les titres des communications et démonstrations qui seront transmis au Président de la section.

V. — Incidents de la pratique journalière.

M. Frey. — Je vous signale un petit volume que j'ai reçu cet après-midi ; l'auteur est un de nos diplômés de l'Ecole, Marcel Brille. C'est un traité de l'Anesthésie régionale en chirurgie dentaire. Brille a collaboré avec le D[r] Labouré. C'est là un travail issu de la clinique du D[r] Pauchet, à Amiens, et de la clinique de prophylaxie buccale annexée à l'usine Citroën.

C'est, à mon sens, ce que j'ai lu de mieux comme traité d'anesthésie régionale. Je vais prier Brille de faire cadeau d'un volume à la bibliothèque de l'Ecole.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

Séance du 5 octobre 1920.

La Société d'Odontologie de Paris s'est réunie le 5 octobre 1920, à 8 heures et demie du soir, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance ;

2° Allocution du président ;

3° M. le Dr Dufourmentel. — Le traitement chirurgical du prognathisme ;

4° MM. L. et C. Ruppe. — Traitement orthophonique en cas de bec de lièvre et de fissure palatine ;

5° M. Guebel. — Le masque à chlorure d'éthyle du Dr Houzel ;

6° Incidents de la pratique journalière ;

7° Questions diverses.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DÉCRET DU 31 JUILLET 1920 RELATIF A LA CONSTITUTION DES UNIVERSITÉS

(*Extrait*)

Art. 6. — Pour être immatriculé ou inscrit dans une faculté ou école d'enseignement supérieur public et prendre part aux examens et aux concours, tout étudiant devra être muni d'un livret universitaire, où seront consignés son état civil, ses actes de scolarité, les enseignements qu'il aura suivis, les examens qu'il aura passés. Un arrêté ministériel déterminera les conditions dans lesquelles ce livret devra être établi. Les mentions de tout livret conforme à cet arrêté pourront faire foi à défaut des pièces originales, sauf pour la délivrance des diplômes.

Art. 7. — Les candidats aux divers examens qui ont lieu dans les facultés et écoles d'enseignement supérieur public, pour l'obtention de tous les grades d'Etat, sauf pour le doctorat ès sciences et le doctorat ès lettres, sont tenus de se présenter aux épreuves de ces examens dans les facultés et écoles du ressort universitaire où ils auront fait leur dernier semestre d'études avant l'examen. Il ne pourra être fait d'exception qu'en cas d'inscriptions cumulatives accordées conformément aux règlements ou d'équivalences de scolarités obtenues conformément aux règlements ou aux conventions internationales à ce sujet, ou, encore, en vertu d'autorisation spéciale du recteur après avis du doyen ou directeur compétent.

Art. 8. — Les diplômes de docteur d'université et les diplômes d'ingénieur conférés à la suite d'examens passés dans les instituts de faculté et d'université seront enregistrés sur un registre spécial au ministère de l'instruction publique et mention de l'enregistrement sera faite sur le diplôme. Pour les autres titres et diplômes des universités, l'enregistrement dans les mêmes conditions ne sera accordé qu'après avis favorable de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 2 AOUT 1920 RELATIF AU LIVRET UNIVERSITAIRE

Article premier. — Conformément au décret du 31 juillet 1920, à dater de la rentrée scolaire 1920-1921, tout étudiant, pour être immatriculé ou inscrit dans une faculté ou école d'enseignement supérieur public, devra être muni d'un livret universitaire individuel.

Le livret universitaire individuel deviendra strictement obligatoire à partir de la rentrée scolaire 1921-1922.

Art. 2. — Ce livret contiendra les parties et mentions suivantes :

1° Etat civil de l'étudiant, avec signatures légalisées. Une place sera réservée à la photographie ;

2° Titres ou grades dont justifie l'étudiant au moment de son admission dans la faculté ou école : le lieu et la date de tous les actes, les autorités et établissements devant lesquels ils ont été passés, les mentions obtenues, l'attestation que les pièces authentiques ont été présentées pour l'établissement de cette partie du livret ;

3° Scolarité : immatriculations successives, inscriptions régulières ou cumulatives, dispenses et équivalences ;

4° Enseignements suivis : cours, conférences, exercices et travaux pratiques. Il pourra être ajouté, à la demande de l'étudiant, une mention d'assiduité avec la signature du professeur ou du directeur d'institut ou école ;

5° Exeat : transferts de dossier, fin d'études.

Les mentions des paragraphes 3, 4 et 5 seront attestées par la signature du secrétaire de la faculté ou école ou de son délégué.

Art. 3. — Les livrets devront être d'un format analogue ou format du livret militaire, d'un type uniforme établi par les soins du ministère de l'instruction publique (direction de l'enseignement supérieur).

Art. 4. — Tout livret portant des mentions reconnues fausses sera retiré, sans préjudice des poursuites disciplinaires qui pourraient être intentées au délinquant.

Modèle du livret universitaire individuel.

Couverture recto. — Livret universitaire individuel.

Couverture verso. — Cadre réservé à la photographie du titulaire.

Page 1. — Nom et prénoms de l'étudiant.

Date et lieu de naissance.

Adresses de l'étudiant.

Sceau de la faculté ou école.

(Signature du secrétaire de la faculté ou école, ou de son délégué, attestant que les pièces authentiques d'état civil et les diplômes ou certificats ont été présentés.)

(Signature ou griffe du doyen ou du directeur.)

(Égalisation des signatures.)

Page 2. — Curciculum studiorum :

1° Titres ou grades dont l'étudiant est pourvu.

2° Dispenses ou équivalences.

3° Etablissement auquel appartient l'étudiant s'il est élève d'une autre école que la faculté.

Situation militaire.

Fonctions.

Page 3. — *Pour les étudiants en pharmacie ou en chirurgie dentaire.*

Date de l'inscription au stage.

Stage accompli à...

Résultat.

Examen de validation subi le... à... — Résultat.

Signature du secrétaire. — Sceau de la faculté ou école.

Page 4. — *Immatriculations.*

Faculté ou école.

Dates.

Numéros des quittances.

Signature du secrétaire ou de son délégué.

Page 5 à 11. — *Inscriptions.*

Faculté ou école.

Dates.

Numéros des quittances.

Signature du secrétaire ou de son délégué.

Pages paires 12 à 38. — *Année scolaire 192 -192 .*

e semestre.

Faculté ou école.

Enseignements suivis (Cours, conférences, travaux pratiques, stages.)

Travaux exécutés par l'étudiant.

Pages impaires 13 à 39. — Observations, interrogations, assiduité, etc., et signatures des professeurs ou du secrétaire de la faculté ou de l'école.

Pages 40 à 46. — *Examens.*

Faculté ou école.

Date de l'examen.

Nature de l'examen.

Résultat.

Signature du secrétaire ou de son délégué.

Pages 47 et 48. — Exeat.

Transfert de dossier.

Sceau de la faculté ou école.

Signature du secrétaire ou de son délégué.

Exeat.

Transfert de dossier.

Sceau de la faculté ou école.

Signature du secrétaire ou de son délégué.

Page 49. — Fin d'études.

Sceau de la faculté ou école.

Signature du secrétaire ou de son délégué.

(*Journal Officiel* du 6 août 1920.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

QUARANTENAIRE DE LA FONDATION DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DES SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

(12, 13 et 14 *novembre* 1920).

Mon cher confrère,

L'Ecole dentaire de Paris a décidé, ainsi que vous le savez, de célébrer cette année le 40e anniversaire de sa fondation (1880), qui est en même temps, à quelques mois près, celui des premières Sociétés dentaires qui composent notre Groupement professionnel : Association générale syndicale des dentistes de France (1879), Société d'Odontologie de Paris (1881), etc.

Cette célébration, qui primitivement avait été fixée au mois d'avril 1920 et qui avait été annoncée pour cette date, a dû, pour des raisons diverses, être reportée aux 12, 13 et 14 novembre prochain.

L'Ecole organise pour cette circonstance diverses réunions, dont vous trouverez le programme ci-joint.

Nous ne doutons pas que vous ne considériez comme un devoir, en votre qualité de membre de notre Société, d'assister à ces différentes réunions, dont l'ensemble représentera une manifestation imposante de la vitalité de notre Groupement, en même temps qu'une démonstration de l'œuvre considérable qu'il a accomplie durant les 40 années qui se sont écoulées depuis sa création.

Croyez, mon cher confrère, à nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Président de l'A. G. S. D. F.,
G. FOUQUES.

Le Président, Direct. de l'Ecole,
CH. GODON.

Le Secrétaire général du Groupement,
H. VILLAIN.

P.-S. — Nous vous serions obligés de nous faire savoir *dès à présent* si vous prendrez part au banquet du samedi auquel les dames sont admises.

PROGRAMME.

Vendredi 12. — 20 h. 1/2, assemblée générale extraordinaire du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, consacrée à l'orientation professionnelle (45, rue de la Tour-d'Auvergne).

Ordre du jour :

Hygiène dentaire scolaire (Discussion et vœux à émettre).
Doctorat en chirurgie dentaire.

Samedi 13. — 9 heures, séance de la Société d'Odontologie (l'articulation et les articulateurs).

14 heures, réception des délégués.

14 h. 1/2, séance solennelle.

Ordre du jour :

Exposé de l'évolution professionnelle pendant 40 ans.

Consécration de la plaque commémorative des morts de la profession.

Appel en faveur des orphelins de l'*Aide confraternelle*.

Remise : *A*) de médailles de la reconnaissance professionnelle et de lettres de remerciements ;

B) de médailles de l'Assistance publique ;

C) de médailles de l'Ecole dentaire de Paris à des membres du Corps enseignant ;

D) de médailles de l'Association générale syndicale des dentistes de France à des mécaniciens-dentistes.

16 heures, lecture des vœux sur l'orientation professionnelle (Hygiène dentaire, Doctorat en chirurgie dentaire).

20 heures, banquet au Palais d'Orsay (Prix : 50 francs).

Dimanche 14. — 9 heures, séance de démonstrations pratiques de la Société d'Odontologie.

14 heures, assemblée générale extraordinaire du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale syndicale des Dentistes de France, consacrée aux intérêts professionnels.

Ordre du jour :

A) Impôts.
B) Loyers.
C) Revendications du personnel.
D) Fournisseurs.
E) Honoraires.
F) Entente intersyndicale (Proposition du Dr Watry, d'Anvers).

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(A. F. A. S.)

CONGRÈS DE STRASBOURG [1]

26-31 *juillet* 1920.

Section d'Odontologie (14e section).

II. — *Démonstrations pratiques.*

Les démonstrations pratiques ont eu lieu le mardi 27 juillet, de 9 heures à midi, à la Clinique dentaire de la Faculté de médecine (Hôpital civil). Elles ont porté sur les sujets suivants :

La technique opératoire des moteurs à grande vitesse, par Emile Huet (de Bruxelles).

Grâce à une instrumentation spéciale, basée sur l'emploi de moteurs puissants, à démarrage rapide, vitesse considérable et arrêt instantané, obtenu à l'aide d'un électro-aimant commandé par une pédale basculante, M. Huet pratique l'excision indolore des divers tissus de la dent.

Il observe à cette fin la technique suivante :

Excision de l'émail.

Vitesse de rotation : 9.000 tours à la minute.
Pression : 200 grammes.
Action : presque continue.
Outil : mince meulette de 20 millimètres de diamètre.

Excision de la zone d'union amélo-dentinaire.

Vitesse de rotation : 4.000 tours.
Pression : 600 grammes.
Action : 2/5 de seconde d'application et 3/5 de seconde d'interruption.
Outil : foret épais à tête résistante.

---

1. V. *Odontologie*, août et septembre 1930.

Excision de la dentine.

Vitesse de rotation : 5.000 tours.

Pression : 400 grammes.

Action : 2/5 de seconde.

Outil : foret à pointe affûtée pour permettre une vitesse de pénétration de 2 millimètres par seconde.

Une série de préparations sur des cas cliniques vient confirmer la précision et la sûreté de méthode, mettant en lumière la nécessité de tenir compte des données établies pour régler la manipulation toujours délicate des organes sur lesquels nous exerçons notre activité.

Démonstrations de M. Paul Housset.

Les quatre démonstrations suivantes, dues à M. P. Housset, ont été faites en son nom par MM. Frey et Wallis-Davy.

I. — Appareil d'urgence pour fractures des maxillaires.

(V. *Odontologie* du 30 septembre, p. 466 à 474.)

II. — Appareil a volet articulé pour perforation vélo-palatine par projectile.

Ce volet concerne les perforations susceptibles de se fermer d'elles-mêmes ou par intervention. Il empêche la pénétration des liquides et des solides, sans obstruer la perforation et en laissant les lambeaux muqueux reposer sur une surface métallique lisse (fig. 4). Le bord du volet s'encastre dans le bord postérieur de la plaque. La charnière est constituée par un fil B disposé en ressort à boudin, dont les extrémités s'engagent (à angle droit sur le ressort) dans deux tubes A soudés parallèlement l'un sur la plaque (du côté de l'arcade), l'autre sur le volet (du côté du raphé). Deux crochets C maintenant le ressort font opposition aux tubes. L'articulation obtenue est très souple, suivant les mouvements du voile, sans blesser la muqueuse. Le maximum d'amplitude de mouvement du volet correspond à celui du voile (fig. 5).

III. — Appareil a selle amovible pour fracture pré-angulaire du maxillaire inférieur.

Dans le cas où, soit par manque d'ancrage, soit par manque de résistance des dents portées par le fragment postérieur, il est indiqué de placer une selle, celle-ci doit être profonde, surtout du côté lingual, elle doit être amovible et, la gouttière restant

en place, permettre de surveiller et de traiter la muqueuse sous-jacente. Le point d'action de cette selle doit être placé très bas et le plus possible en arrière. La selle à bras articulé réalise ces conditions. Une goupille vestibulaire la libère ou la maintient sans que soit modifiée l'immobilisation du trait de fracture. Le



Fig. 4.
La pièce à volet montée.

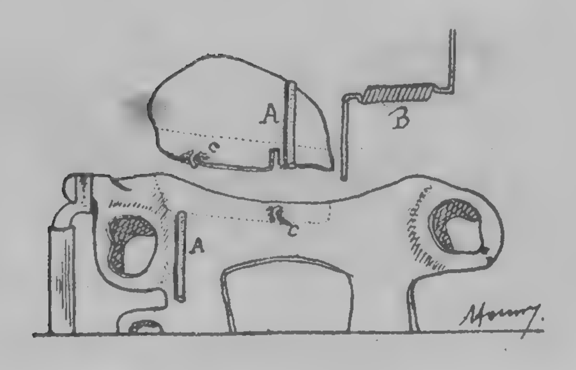


Fig. 5.
Les pièces séparées. A tube. B ressort. C. crochet.

bras articulé lingual, par son système de pièces à coulisse, donne une fixité très grande à la selle et ne peut se déplacer de lui-même. Il se compose d'un tube rond, sectionné en avant et formant gouttière, et d'un pivot à épaulement. Ce pivot, fendu sur une partie de sa longueur, s'engage dans une gaîne ovale soudée à la partie fixe de la gouttière.

IV. — Appareil lourd pour fracture du maxillaire inférieur avec large perte de substance. Tuteur des parties molles.

Cet appareil est formé de deux gouttières, droite et gauche, solidarisées en bouche au moyen de deux pièces : une lame verticale cintrée et un évidement correspondant. Une tige à taquet pivo-

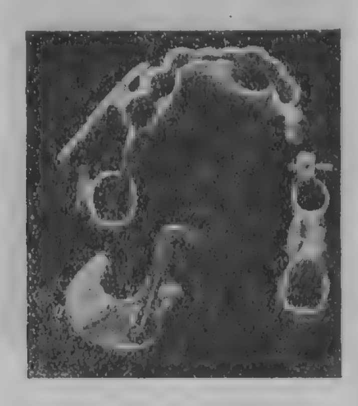


Fig. 6.

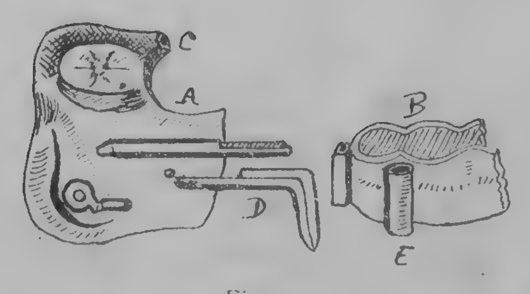


Fig. 7.
A selle, B gouttière, C tube extérieur, D bras articulé, E gaîne du bras articulé.

tant horizontalement maintient les picèes en connexion. Le poids de l'appareil empêche le mouvement d'élévation des fragments postérieurs (rétention par couronnes-crochets).

Une pièce antérieure à glissière vient former tuteur des parties molles. Dans ce but, elle est progressivement chargée de gutta noire ; la pression douce de celle-ci combat la rétraction cicatricielle ; malgré une suture labiale profonde et récente, malgré l'atrésie de l'orifice buccal, l'appareil se démontant en plusieurs

parties se plaçait facilement. Il maintenait les fragments osseux et les téguments en bonne position et a permis par la suite, dans des conditions favorables, la restauration de l'arc mandibulaire par la greffe osseuse.

L'anesthésie sans médicament par le gazotherme F. Fabret (de Nice).

Un confrère s'est d'abord présenté au fauteuil pour servir de sujet. Il s'était fait obturer récemment une carie du second



Le gazotherme en action.

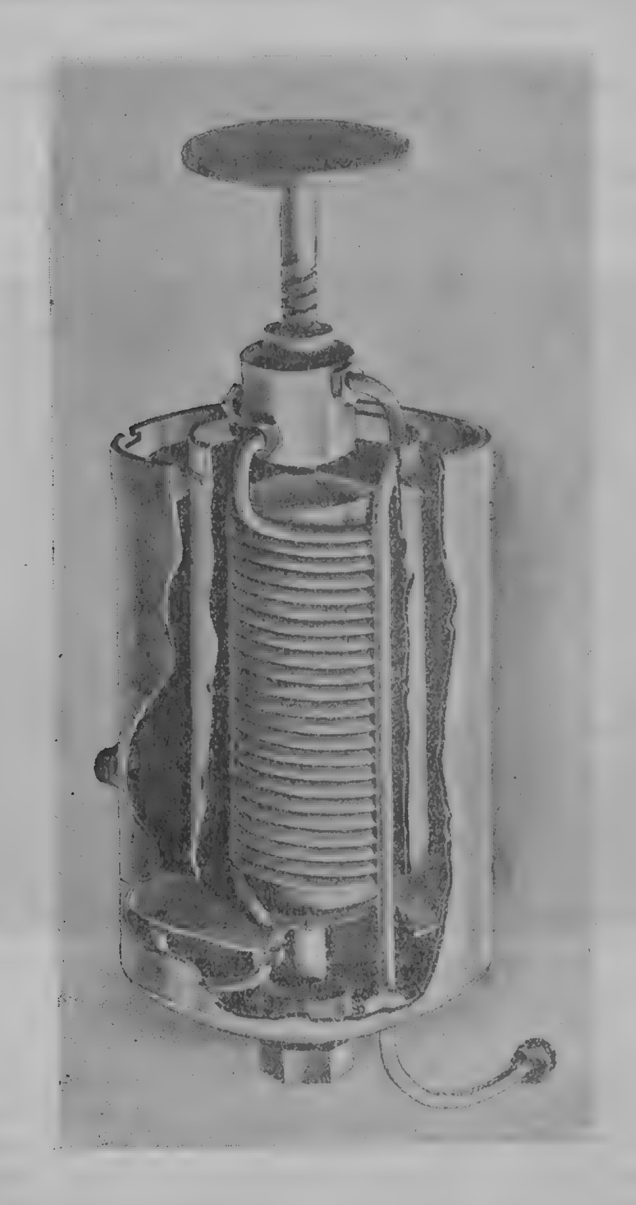
degré à la face mésiale de la canine supérieure droite. Comme il n'avait pu supporter le curetage de la cavité, le ciment avait été simplement appliqué après un nettoyage plus que sommaire. Séduit par la théorie, il consentait volontiers à subir une pulpectomie complète de sa dent, ayant l'intention de s'en servir comme pilier de bridge.

Il fut convenu que le confrère signalerait avec la main gauche l'apparition de la moindre sensibilité.

L'anesthésie obtenue, la dent fut trépanée par la face tritu-

rante, la cavité vidée de sa pulpe et le filet radiculaire restant retiré avec un tire-nerf.

Le confrère, interrogé, déclara que, malgré une forte appréhen-



sion au sujet de la pénétration de la fraise dans la cavité pulpaire, il n'avait même pas perçu cette phase de l'opération. Il n'a rien senti à aucun moment, et n'a eu aucune sensation désagréable.

Ont été ensuite opérées dans les mêmes conditions par le démonstrateur :

Une pulpectomie d'une dent de sagesse inférieure droite ; une pulpectomie de canine supérieure gauche ; une première grosse molaire supérieure droite, atteinte de périostite aiguë ; une hypéresthésie de la canine supérieure droite ; une hypéresthésie de la canine supérieure gauche ; une cavité extrêmement sensible du second degré intéressant toute la face mésiale de la prémolaire supérieure droite.

Démonstrations de M. Vichot (de Lyon).

M. Vichot présente, au nom de M. Pedersen, de Lyon, trois appareils qui peuvent trouver place dans l'arsenal instrumental du dentiste.

I. — Moteur Moustic.

C'est un petit moteur électrique d'un modèle absolument nouveau sur l'arbre duquel se fixent directement les fraises de différentes grosseurs. Sa forme, ses dimensions et son poids très réduits permettent de le tenir facilement dans la main.

Relié par un fil souple à une prise de courant ou à une douille de lampe, il fonctionne indistinctement sur le courant continu ou alternatif de 110 à 120 volts. Sa vitesse (environ 4.000 tours) et sa puissance sont plus que suffisantes pour l'usage auquel il est destiné. Une petite résistance annexe, branchée sur le fil conducteur, permet, en tournant la molette faisant saillie, de le modérer au besoin.

Tenu dans la main de façon usuelle comme un porte-plume, il est mis en marche au moyen d'un bouton placé naturellement sous l'index.

Les différents outils se fixent à la manière ordinaire sur l'appareil où ils sont maintenus par une bague de serrage.

Le modèle définitif est légèrement plus réduit et son embout plus dégagé ; il est enveloppé d'un tube émaillé qui réalise une propreté méticuleuse. Il sera complété par une transmission à angle droit de modèle spécial à engrenages très robustes sous un très petit volume. Cette transmission, d'un fonctionnement très sûr en raison de sa simplicité, se place et s'enlève instantanément et permet une stérilisation et un nettoyage parfaits.

Le « *Moustic-Dentist* » supprime donc l'emploi du flexible et ses multiples inconvénients. Renfermé avec ses accessoires dans un écrin très portatif, il peut être utilisé partout.

II. — Soufflerie « Simoun ».

Cette soufflerie, actionnée par un petit moteur logé dans son pied, permet d'obtenir, par un mélange d'air et de gaz d'éclairage, une flamme excessivement chaude remplaçant avantageusement les chalumeaux actuellement employés.

Elle est très portative, de petit volume et de poids minime, le modèle définitif étant en aluminium. Le disque mobile placé à la partie supérieure permet de régler exactement l'arrivée de l'air et d'obtenir la flamme désirée suivant la pression et le volume du gaz employé.

L'appareil se relie également à une prise de courant quelconque en intercalant une résistance remplacée ici par une lampe. Dans le modèle en construction cette résistance est logée dans le pied de l'appareil.

La soufflerie *Simoun* a été établie spécialement pour la fonte au creuset des divers métaux. Son brûleur peut s'adapter à un four de modèle quelconque, ainsi qu'aux diverses presses à couler en usage. Elle supprime donc la soufflerie au pied, incommode et encombrante.

III. — Appareil a air chaud.

Il s'agit d'un très petit appareil auquel l'inventeur met la dernière main et qui est destiné à donner un petit jet d'air chaud.

Composé d'une minuscule soufflerie d'un modèle analogue à la précédente, son volume ne dépasse pas celui d'un verre à bordeaux. Isolé ou fixé à un tableau général de commande électrique, cet utile accessoire aura sa place dans les cabinets de chirurgiens-dentistes.

L'emploi des couronnes-crochets en prothèse et en travaux à pont, par M. H. Villain.

M. H. Villain fait une démonstration sur un mode de rétention pour bridges amovibles et appareils, qui a fait l'objet d'une communication que nous avons publiée dans notre numéro de septembre.

Occlusion et articulation, par M. G. Villain.

Technique de la prise d'occlusion et d'articulation, par M. G. Villain.

M. G. Villain a démontré les méthodes d'enregistrement de l'occlusion et de l'articulation dans la confection des appareils partiels et des bridges.

Technique de l'anesthésie régionale, par M. Charron.

M. Charron applique à un patient son procédé d'anesthésie régionale exposé dans sa communication, que nous publierons ultérieurement.

Systèmes d'appareillage pour la fixation des dents ébranlées et leur application aux bridges, par M. Spira.

M. Spira démontre ses procédés, décrits dans une communication, qui sera publiée par la suite.

Technique de la méthode Gysi avec prise d'empreinte, par M. Chapey.

(A suivre).

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

La distribution des récompenses a eu lieu, ainsi que nous l'avons annoncé, le samedi 16 octobre, à 5 heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre.

En l'absence de M. Godon, empêché, le directeur adjoint, M. Blatter, présidait, entouré de membres du corps enseignant.

Il ouvre la séance en souhaitant la bienvenue aux nouveaux élèves.

Le directeur de l'enseignement, M. G. Villain, donne aux jeunes diplômés d'utiles conseils ; il leur indique les devoirs qu'ils ont à remplir à l'égard de leurs patients, de leurs confrères, de leur profession, de la science dentaire, de l'école qui les a instruits et de la société qui la soutient, enfin à l'égard des pauvres. Ils doivent aimer leur profession, se tenir au courant des progrès qu'elle réalise, suivre les congrès, les réunions scientifiques, rester attachés à l'école qui les a formés et, le moment venu, faire bénéficier la génération qui les suivra de leur savoir et de leur habileté.

En traitant leurs patients, ils doivent, en toute conscience, faire pour eux uniquement ce qui est de nature à leur rendre le meilleur service, sans se laisser guider par aucune autre considération.

Ils doivent une partie de leur temps aux pauvres qui ne peuvent rétribuer leurs soins. Leur rôle est professionnel, social et humanitaire.

Le secrétaire général, M. H. Villain, donne lecture du palmarès des scolarités 1918-1919 et 1919-1920, puis il est procédé à la remise des médailles aux lauréats de l'année scolaire 1918-1919 : MM. Fournier (Albert), Laksine, puis de l'année scolaire 1919-1920 : M. Gonon, Mlles Weisse, Bonnard, MM. Lévy, de Campos.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches d'ordre chimique, bactériologique et thérapeutique sur les dents et les caries dentaires.

M. Henri Hédou, docteur en pharmacie de l'Université de Nancy, pharmacien de 1re classe et chirurgien-dentiste, vient de publier chez Rigot et Cie, à Nancy, sa thèse de doctorat, qui porte le titre ci-dessus.

Ce travail, qui forme un volume de 103 pages, commence par une introduction, suivie d'un historique. Puis viennent six chapitres, le premier consacré à la définition de la nature, la classification et l'étiologie des caries dentaires; le second, à la minéralisation de la dent. Le troisième traite du milieu buccal, des différents rôles de la salive, du dosage, du sulfocyanate de potassium dans la salive, du pouvoir antiseptique de ce sel. Le chapitre IV étudie les micro-organismes de la flore normale de la bouche, des caries et des affections dentaires, la bactériologie comparée des caries dentaires et osseuses.

Avec le chapitre V nous passons au rôle bio-chimique des micro-organismes de la flore buccale et dentaire, à la recherche de leurs produits de fermentation dans les caries, à la coloration et à l'évolution des caries. Le dernier chapitre contient des considérations thérapeutiques sur le traitement recalcifiant des dents et le traitement préventif des caries dentaires, et des considération d'hygiène bucco-dentaire.

Parmi les conclusions de l'auteur nous notons tout particulièrement la dernière : *Pour lutter d'une manière efficace contre la propagation de la carie dentaire, la vulgarisation des préceptes d'hygiène bucco-dentaire doit se faire dès l'école. Les Pouvoirs publics ont le devoir de s'intéresser à cette question en favorisant la création de cliniques dentaires scolaires.*

Un index bibliographique, qui ne compte pas moins de neuf pages et dans lequel nous relevons les noms d'un grand nombre d'auteurs d'articles publiés dans *L'Odontologie*, termine ce travail consciencieux.

L'anatomie de la denture humaine de Mühlreiter. (Mühlreiter's Anatomie des menschlichen Gebisses).

Nous avons analysé dans notre numéro de juillet un ouvrage dû à notre confrère M. Th. E. de Jonge Cohen, d'Amsterdam. Ce

praticien, actuellement privatdozent à l'Université de cette ville, vient de publier en langue allemande chez Arthur Félix, à Leipzig, un nouvel ouvrage sous le titre ci-dessus.

C'est la 4e édition du livre de Mühlreiter, avec des contributions du laboratoire anatomique de l'Université d'Amsterdam, revue par M. de Jonge.

Ce volume de 204 pages, illustré de 82 figures, est divisé en 4 parties, précédées de trois préfaces : celle de la 2e et celle de la 3e édition, dues à Mühlreiter, celle de la 4e due à son continuateur.

La 1re partie contient des considérations générales. La 2e se divise en 4 chapitres : I. Description spéciale des dents permanentes. II. La denture normale. III. L'usure des dents. IV. Les variations purement individuelles.

La 3e partie est consacrée à la description spéciale des dents temporaires.

La 4e partie traite des cellules dentaires, de la membrane radiculaire et de la gencive.

Une bibliographie termine le volume.

Dans un post-scriptum l'auteur fait connaître qu'il se proposait d'accompagner le texte d'un grand nombre de photographies ; mais les circonstances actuelles ne lui ont pas permis de réaliser son projet. Il espère pouvoir toutefois dans un délai raisonnable réunir la collection de ces photographies et la publier sous forme d'un atlas d'anatomie dentaire.

Notre confrère signale dans sa préface les difficultés que présentait pour lui la réédition d'une œuvre de l'anatomiste dentaire Mühlreiter, difficultés qui le faisaient hésiter à entreprendre cette tâche.

Nous croyons que M. de Jonge s'en est tiré avec honneur et son travail nous semble méritoire.

NÉCROLOGIE

M. le prof. P. Sebileau vient d'avoir la douleur de perdre son père, M. Armand Sebileau, décédé à Saint-Fort-sur-Gironde (Charente-Inférieure), le 12 septembre 1920, à l'âge de 90 ans.

***

Notre confrère M. P. Miégeville, du Havre, membre de l'A. G. S. D. F., et M. René Miégeville, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris, viennent d'être éprouvés par la mort de leur parent M. Désiré Fauvel, chirurgien-dentiste à Alençon.

Nous adressons aux familles éprouvées nos regrets et nos condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous relevons avec plaisir, parmi les promotions au grade de chevalier de la Légion d'honneur, celle de M. Hemardinquer, préparateur à la Faculté des sciences, chef des travaux pratiques de physique et de chimie à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous relevons également celle du docteur Foveau de Courmelles (François), professeur libre d'électrothérapie et de radiographie à l'école pratique de la faculté. Auteur de nombreuses publications scientifiques et de mémoires favorables à la natalité française, il s'est multiplié pendant la guerre dans diverses œuvres ; 28 ans de services.

Le Dr Foveau de Courmelles est bien connu des lecteurs de l'*Odontologie*.

Nous relevons aussi celle de M. Roustan, inspecteur d'Académie, avec lequel l'Ecole dentaire de Paris entretenait les meilleurs rapports.

Nous leur adressons nos très vives félicitations.

Distinction honorifique.

Notre confrère M. François Wirion, D. E. D. P., de Luxembourg (Grand Duché), a été nommé tout récemment officier d'Académie.

Nous lui adressons nos félicitations.

Récompense.

Notre confrère M. Aloys Decker, D. E. D. P., également de Luxembourg, vient de recevoir du Gouvernement français la Médaille de la Charité pour services rendus et soins donnés aux blessés français pendant la guerre.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Mariage.

Le mariage de Mlle Alice de Hogues, fille de notre confrère, M. de Hogues, membre de l'A. G. S. D. F., avec M. Fernand Chamoy, a été célébré le 27 septembre.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Nouvelle Société professionnelle.

Nous apprenons avec plaisir la fondation toute récente de l'*Association des médecins-dentistes du Grand-Duché de Luxembourg*, qui groupe tous les dentistes de ce pays *sans exception*.

Le comité est composé comme suit :

MM. Aloys Decker, *président*, 20, boulevard du Prince, Luxembourg ; Emile Pauly, *secrétaire* ; Alfred Meyers, André Gruber, Ernest Thorn, membres.

Nous félicitons nos confrères luxembourgeois de cette création et du bel exemple d'union qu'ils viennent de donner, en souhaitant qu'ils trouvent des imitateurs dans les autres pays.

Erratum.

C'est par suite d'une erreur que nous avons annoncé dans notre numéro du 30 août une réunion de la Commission de bibliographie et de documentation de la F. D. I. à Bruxelles pour le 7 septembre.

Il s'agissait d'une *quinzaine internationale* organisée par l'*Union des associations internationales*, à laquelle la F. D. I. est affiliée.

40e ANNÉE. N° 11 30 NOVEMBRE 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE LOCALE EN VUE DE L'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Par M. le Dr Maurice Roy,
Dentiste des hôpitaux,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

(*Communication à la Société d'Odontologie, 13 avril 1920.*)

En 1898, présentant à la Société d'Odontologie un travail sur les contre-indications de l'anesthésie locale[1], je disais que celle-ci pouvait être contre-indiquée par diverses causes :

1° La nature de l'affection dont la dent est atteinte ;

2° Le siège de la dent à enlever ;

3° Les complications de voisinage ;

4° Le grand nombre de dents à extraire.

Depuis cette époque, mes idées se sont très notablement modifiées à ce sujet.

Sans doute, la nature de l'affection (les inflammations aiguës et les collections purulentes en particulier) ainsi que les complications de voisinage constituent toujours des contre-indications à l'anesthésie locale, en ce sens qu'elles sont un obstacle à l'obtention d'une anesthésie parfaite. Cependant on peut encore, dans certains cas, tourner parfois la difficulté en n'injectant pas la région malade elle-même, mais celle qui précède et celle qui suit, ce qui permet

1. Maurice Roy. Les contre-indications de l'anesthésie locale. *L'Odontologie*, 1898, p. 393.

rale, l'anesthésie locale de la dent de sagesse inférieure ne pouvait être obtenue de façon parfaite, et beaucoup de confrères, je le sais, partagent encore, à l'heure actuelle, cette manière de voir. Or, depuis déjà un certain temps, par suite de modifications que j'ai apportées à la technique de l'anesthésie locale appliquée à cette dent, je suis arrivé, d'une façon courante, à obtenir des anesthésies aussi parfaites pour les dents de sagesse inférieures que pour les autres dents, c'est pourquoi je me propose de vous indiquer cette technique, pensant que cela pourra rendre quelques services à mes confrères et à leurs patients.

Comme je l'indiquais dans le passage que je viens de citer, l'anesthésie locale de la dent de sagesse inférieure présente de grandes difficultés du fait de la constitution anatomique de la région alvéolaire à ce niveau. En effet, les injections anesthésiques dans l'extraction des dents doivent être faites dans la fibro-muqueuse qui entoure ces dents, ce qui permet, de par la constitution de cette fibro-muqueuse, de faire pénétrer la solution anesthésique à la fois dans la membrane alvéolo-radiculaire et dans le périoste alvéolaire, ce qui entraîne forcément l'anesthésie des parois alvéolaires, siège principal de la douleur, puisque ce sont celles-ci qui doivent s'écarter pour livrer passage aux racines de la dent. Or, au niveau de la dent de sagesse inférieure, cette fibro-muqueuse, élément indispensable à une bonne anesthésie, est généralement à peu près inexistante ; la muqueuse, à ce niveau, est de constitution lâche, très riche en tissu cellulaire, et les solutions qui y sont injectées n'arrivent que très imparfaitement au contact de l'os, déterminant simplement de l'œdème par leur diffusion dans les mailles du tissu cellulaire.

Ne pouvant atteindre directement les bords alvéolaires de cette dent d'une façon efficace, j'ai cherché à les anesthésier indirectement en usant du procédé que j'indiquais au début de ce petit travail, c'est-à-dire en encadrant la dent dans deux zones anesthésiques et le résultat a répondu à ce que j'en attendais. Voici comment je procède (Fig. 1 et 2):

Je pratique l'anesthésie complète de la seconde grosse molaire, voire même de la première grosse molaire, si celle-ci ne présente pas une zone injectable très favorable ; je fais les injections exactement comme si je devais enlever ces dents. Ceci fait, j'injecte la muqueuse du collet de la dent de sagesse, mais sans insister sur ce point, sauf dans le cas où la présence d'une fibro-muqueuse notable me permet de le faire. Il me reste alors à injecter la région postérieure de la dent de sagesse, c'est-à-dire une portion de la branche montante du maxillaire ; pour cela (Fig. 1), ayant

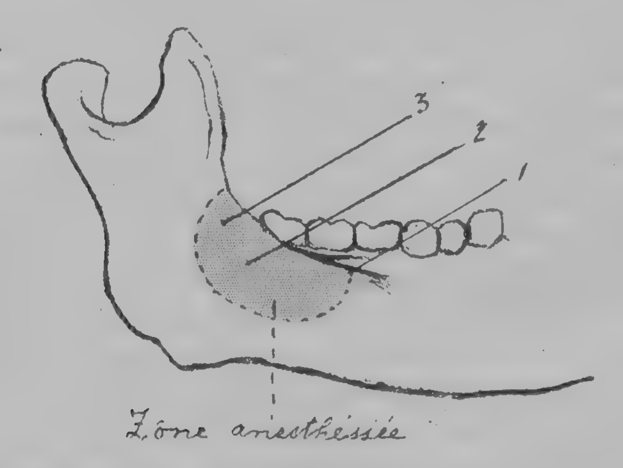


Fig. 1. — Maxillaire inférieur face externe. — Les lignes 1, 2, 3 indiquent la direction des injections faites du côté vestibulaire et la zone grise du dessin l'étendue approximative de la zone anesthésiée ainsi obtenue.

repéré du doigt la ligne oblique externe, je pousse mon aiguille sur celle-ci, de façon à atteindre le périoste que mon aiguille dilacère légèrement, j'injecte quelques gouttes de liquide, puis je fais une ou deux nouvelles injections un peu plus haut, le long du bord antérieur de la branche montante, en ayant toujours soin de mener mon aiguille jusqu'au contact de l'os, comme si je voulais faire pénétrer l'injection au travers de celui-ci. Je pousse enfin une ou deux injections à la face interne de la branche montante (Fig. 2), toujours de la même manière, sans m'attacher à arriver jusqu'à l'épine de Spix, généralement trop éloignée pour

être atteinte au moyen des aiguilles ordinairement employées. L'anesthésie pour laquelle j'emploie de 3 à 4 centimètres cubes de solution de sérocaïne à 2 p. 100 est alors obtenue et je procède alors à l'extraction qui, grâce à ce procédé, est généralement pratiquée sans douleur, même dans des cas d'extraction compliquée ; les manœuvres de la langue-de-carpe, si l'on a recours à cet instrument souvent si précieux, ne sont pas douloureux par suite de l'anesthésie des dents antérieures qui servent dans ce

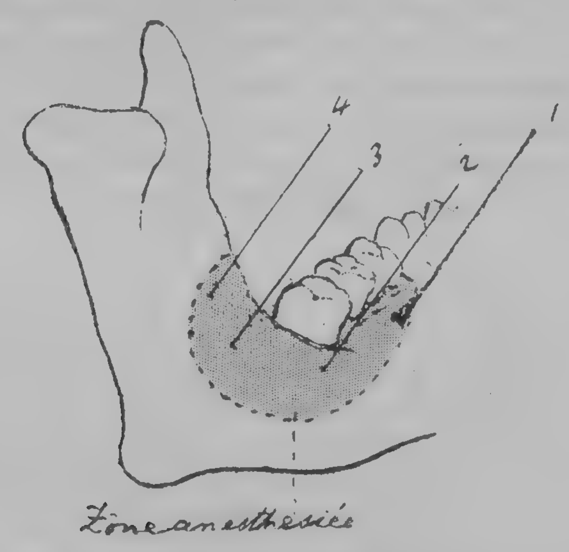


Fig. 2. — Maxillaire inférieur face interne. — Les lignes 1, 2, 3, 4 indiquent la direction des injections de la face linguale, la zone grise l'étendue approximative de la zone anesthésiée ainsi obtenue.

cas de point d'appui à l'instrument, et la pression exercée sur la branche montante et les parties molles par le renversement de la dent en arrière se produit également sans douleur.

La pratique de ce procédé d'anesthésie m'a permis de supprimer à peu près complètement de ma pratique l'anesthésie générale pour ces cas qui, autrefois, m'en auraient paru justiciables, et cela pour le plus grand avantage de mes patients et pour ma plus grande satisfaction. La difficulté de l'extraction d'une dent est toujours augmentée par

l'emploi de l'anesthésie générale ; lorsqu'il s'agit d'une dent comme celle en question, dont l'extraction est souvent très laborieuse et atypique, le chloroforme, avec tous ses inconvénients, vient encore compliquer considérablement les choses et rendre souvent plus hasardeuse une opération qui pourrait être faite sans trop de difficulté sur un patient non couché, avec une tête non ballante, et chez lequel on peut opérer tranquillement, sans préoccupations autres, que de mener à bien une opération souvent fort délicate. Je fais fréquemment la démonstration de ce procédé dans mon service hospitalier et je me ferai un plaisir d'en faire, dans une de nos prochaines séances, une démonstration qui me permettra, je l'espère, de vous montrer *de visu* les bons résultats que l'on peut obtenir par ce procédé d'anesthésie pour les extractions de dents de sagesse inférieures.

LA COLLABORATION DES DENTISTES ET DES MÉDECINS

Par le Dr François DEBAT,

Ex-Assistant du Dr Jacquet, à l'Hôpital Saint-Antoine.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 1er juin 1920.)

Je suis confus de paraître devant vous et je ne sais comment m'excuser. J'avais promis à votre directeur et à votre dévoué secrétaire général de vous exposer ce soir mes recherches sur la Canitie d'origine dentaire. Or, je n'ai pu terminer à temps ce travail. Dès qu'il sera au point, je l'offrirai pour un prochain numéro de votre intéressant journal, et ce soir, si vous le voulez bien, je vous parlerai d'autre chose.

Mais, tout d'abord, je vous prierai de n'entendre en moi que l'écho, bien faible et déjà lointain, de la parole d'un des maîtres de la dermatologie contemporaine : le Dr Lucien Jacquet. Le seul titre dont je sois fier, c'est d'avoir été, pendant plus de dix ans, son collaborateur de tous les jours et son ami.

Le Dr Jacquet, qui était un esprit aux vues larges, était plein de considération pour votre art, et il estimait que, dans bien des cas, le malade gagnerait beaucoup à une collaboration plus étroite entre le médecin et vous.

Ses travaux les plus importants le démontrent.

Jacquet a prouvé que la tachyphagie, c'est-à-dire le fait de manger trop vite et de mastiquer insuffisamment, faute d'une dentition convenable, était l'origine de troubles importants.

Bien des dyspepsies, bien des gastrites sont conditionnées par ce seul fait. Et l'irritation ainsi produite peut se répercuter à distance, par l'intermédiaire des pneumogastriques, et réagir sur les téguments eux-mêmes, dans les cas de dermatoses.

Et la preuve, c'est que, souvent, il suffit d'assurer une

meilleure mastication pour améliorer et faire disparaître ces troubles de l'estomac et ces affections de la peau.

Jacquet affirmait que le rôle pathogénique de l'irritation gingivo-dentaire est plus grand que ne l'admettent les classiques. La pelade d'origine dentaire justifie cette assertion.

La pelade d'origine dentaire ! Formule aujourd'hui admise par tous, mais qui, pendant dix ans, a fait sourire les uns et bondir les autres !

La pelade ! Cette affection jugée à tel point contagieuse qu'un décret faisait renvoyer des écoles et des casernes les enfants et les soldats qui en étaient atteints, et que chacun fuyait comme pestiférés les malheureux peladiques.

La pelade pour laquelle on avait déjà trouvé un microbe !

Jacquet a montré qu'en réalité cette affection n'était nullement contagieuse, et qu'il suffisait, bien souvent, pour la déclancher, d'une dent de sagesse en évolution, d'une carie pénétrante, d'une gingivite, lorsque bien entendu le sujet était prédisposé par l'hérédité, un ébranlement nerveux, l'hypotonie des téguments. Un ensemble de prédispositions, qu'il appelait les « sommations péladogènes ».

Combien de fois ai-je vu, à la clinique de l'Hôpital Saint-Antoine, des pelades rebelles guéries en quelques semaines, sans régime, sans traitement général ni local, simplement par la mise en état de la bouche.

Quelle découverte et quel champ ouvert aux investigations ! Car, en dehors de la pelade, l'irritation dentaire peut déterminer des troubles tous différents chez des sujets différemment prédisposés. J'ai recueilli, pour ma part, des cas indiscutables de canitie d'origine dentaire et j'ai noté souvent des acnés, des eczémas, des dermatoses variées, localisés à la face, qui étaient entretenus et aggravés par cette simple irritation.

*
* *

Il est une branche de la médecine où j'estime notre collaboration particulièrement utile : c'est la syphiligraphie dont je voudrais vous entretenir ce soir.

Je n'ai pas la prétention de vous apprendre des faits nouveaux en la matière. Je voudrais simplement attirer votre attention sur quelques points que j'estime essentiels :

1° La syphilis est beaucoup plus répandue qu'on ne l'imagine communément. Elle est étonnamment fréquente, à tous les âges, dans tous les milieux, surtout depuis la guerre qui lui a fait subir une fâcheuse recrudescence.

2° La syphilis est très souvent méconnue et cela s'explique. C'est qu'à côté de la contamination génitale habituelle, dont l'accident primitif, le chancre, est reconnu à l'ordinaire, mais pas toujours, il existe plusieurs modes de contamination, sans chancre, ou avec chancre extra-génital d'un diagnostic parfois délicat.

C'est d'abord la syphilis héréditaire. Les parents, peu ou pas soignés, transmettant leur infection à leurs descendants qui ne s'en doutent guère.

C'est encore la syphilis conceptionnelle. La mère étant contaminée, du fait même de la grossesse, non point directement par son mari, mais par l'enfant qui se développe en elle.

C'est enfin la syphilis accidentelle dont peuvent être victimes les médecins, les dentistes, les sages-femmes, qui infectent une érosion du doigt au contact d'une plaque insoupçonnée.

La syphilis accidentelle peut se produire dans les cas les plus inattendus.

Je me rappelle avoir soigné à l'hôpital Rollin un gendarme qui, ayant terrassé un apache d'un vigoureux coup de tête dans la mâchoire supérieure, présentait un mois après un chancre induré du cuir chevelu.

Au cours de la guerre, j'ai vu, à trois reprises, des blessures légères de la face, par ricochet de pierre ou par éclats d'obus, dégénérer, après quatre ou six semaines, en chancres syphilitiques. Les écorchures initiales ayant été vraisemblablement infectées par un jet de salive d'un camarade contaminé. Blessures glorieuses transformées en maladie honteuse ! Et l'on conçoit que tant de sujets portent en eux le tréponème pâle sans s'en douter.

3° La syphilis reconnue à temps et traitée par les méthodes actuelles est une affection bénigne, qui ne complique pas l'existence, qui n'assombrit nullement l'avenir, qui ne doit empêcher personne de fonder un foyer et d'avoir une descendance normale.

Au contraire, la syphilis ignorée ou insuffisamment traitée peut conduire aux pires catastrophes.

Lorsqu'elle évolue sans attirer l'attention par les accidents secondaires ou tertiaires, ce qui est fréquent, elle peut aboutir aux tabes, aux paralysies, à la cécité, à la mort. Elle peut frapper non seulement le malade, mais encore sa compagne et surtout ses enfants.

Le diagnostic de la syphilis, vous le voyez, est un point délicat et important.

Le médecin qui a vraiment conscience de la grandeur de son rôle social ne doit pas se contenter de traiter les maladies pour lesquelles on vient le consulter. Il doit encore s'efforcer de dépister les affections méconnues.

Or j'estime que, dans cette tâche, le dentiste peut être pour lui un collaborateur précieux.

Le dentiste d'aujourd'hui diffère de son grand-père, l'arracheur de dents, presque autant que le chirurgien moderne diffère du barbier du grand siècle. Il a puisé à votre école le sens clinique et le goût de l'observation, et j'imagine que, dans l'exercice journalier de son art, il pourrait découvrir fréquemment des infections méconnues.

C'est qu'en effet un grand nombre de manifestations spécifiques se localisent à la cavité buccale.

A la période primaire : c'est le chancre des lèvres, de la langue, des amygdales.

A la période secondaire : ce sont les plaques muqueuses, les syphilides papuleuses, érosives, hypertrophiques.

A la période tertiaire : ce sont les diverses glossites et les gommes de la langue et du voile du palais. Plus tard la leucoplasie.

Dans la syphilis héréditaire, le diagnostic peut être établi sur les multiples anomalies dentaires : la microdontie, la

dent d'Hutchinson ; sur la déformation ogivale du voile du palais. J'omets, à dessein, le tubercule de Carabelli, signalé par Sabouraud comme un stigmate d'hérédo, l'accord étant loin d'être fait sur ce point.

La maladie étant suspectée, le médecin confirme le diagnostic par un examen détaillé et une réaction de Wassermann.

Votre collaboration ne s'arrête pas là ; elle nous est également utile pour le traitement de la maladie.

Le Dr Jacquet a montré l'influence de l'irritation dentaire sur l'éclosion des accidents secondaires et tertiaires. Cette irritation, par voie directe ou par voie réflexe, peut être un point d'appel pour les plaques muqueuses, les gommes, les glossites, la leucoplasie, et les soins dentaires sont une partie importante du traitement préventif et curatif de ces accidents.

Vous savez, d'autre part, combien il importe de mettre la dentition en parfait état avant d'instituer un traitement mercuriel intensif. Faute de ce soin, le mercure peut provoquer des accidents qui vont de la simple gingivite à la stomatite ulcéro-membraneuse grave. J'ai noté maintes fois, en effet, à la suite de traitements à l'huile grise, de véritables stomatites ulcéro-membraneuses avec association de spirilles et de bacilles fusiformes.

Je dois à la vérité de dire qu'avec le traitement actuel, qui associe l'arsénobenzol au mercure, les dangers de stomatite sont beaucoup moindres.

Le 606 et son dérivé le 914 sont, en effet, des spécifiques puissants, non seulement du tréponème de Schaudin, mais encore des divers trypanosomes et spirilles. C'est pour cela qu'on l'emploie avec un égal succès dans le Pian, la maladie du sommeil, la fièvre récurrente.

En stomatologie ils se montrent d'une efficacité surprenante dans l'angine de Vincent et la stomatite ulcéro-membraneuse.

J'ai publié il y a un an dans votre journal des exemples de stomatites graves, mercurielles ou non, guéries en 2 à

3 jours par les attouchements au 914. Sous l'influence de ce médicament, on voit les lésions changer d'aspect, presque à vue d'œil. La membrane disparaît, l'ulcération change de teinte et, très vite, la cicatrisation est complète.

Étant donnée la supériorité incontestable des arsénobenzols sur tous les autres médicaments, dans les affections à association spirillaire, étant donné, d'autre part, la présence des spirilles dans les infections dentaires et buccales je me demande, ou plutôt je vous demande, s'il n'y aurait pas lieu d'étendre les applications du 606 au traitement de certaines infections rebelles : la pyorrhée alvéolo-dentaire et certaines caries et gingivites.

J'ai cru noter quelques résultats encourageants. Et je crois qu'il y aurait grand intérêt — si cela n'est déjà fait — à poursuivre méthodiquement ces recherches.

Vous le voyez, le champ paraît vaste à cette collaboration médico-dentaire que je vous propose.

ANNEAU-GLISSIÈRE POUR MAINTENIR DANS LEUR AXE LES APPAREILS DE PROTHÈSE A PETITE ET GRANDE SURFACE

Par M. PREVEL,

(Communication au Congrès de Strasbourg, 26 juillet 1920.)

Le petit auxiliaire prothésique que je viens vous présenter et que j'utilise avec succès depuis plusieurs années ne nécessitera pas une longue description.

Je dois, cependant à la vérité, de dire que, malgré son apparence très simple, il donne lieu dans certaines circonstances à des difficultés. La technique que je vais vous soumettre assurera, je crois, aux opérateurs et prothésistes, toute facilité pour les prévenir.

Pour apporter plus de clarté à ma communication, je décomposerai chaque fragment du système pour que le rôle de chacun en soit bien défini.

La première des conditions qui doit présider à son application est le choix qui s'impose d'un organe-base solide : grosse molaire de préférence en raison des efforts, minimes il est vrai, mais inévitables qui se produisent par les entrées et sorties de l'appareil.

1° La couronne. La couronne n'a rien de particulier dans sa construction classique ; c'est elle pourtant qui supporte après la dent le système de maintien.

2° Le métal. Il est inutile de parler de sa composition, sa force seule nous intéresse. Celui que j'emploie est du plané or à 18 k. n° 11 de nos filières.

3° La glissière. Pour un moment représentons-nous une dent, type grosse molaire, inférieure ou supérieure, peu importe. Cette molaire est recouverte de sa couronne et nous donne la mensuration suivante : hauteur 0,006, diamètre vestibulo-palatin 0,008.

Je prends une lamelle de plané correspondant à la hauteur de la couronne et ne dépassant pas en largeur celle de la face mésiale, où elle sera maintenue à l'aide d'une gouttelette de cire.

4° Le volet. Cette partie sera constituée également par une lamelle de plané suffisamment large pour recouvrir toute la surface de la glissière dont elle laissera cependant à découvert les extrémités supérieure et inférieure.

Retirer la glissière et souder en pente douce le volet à la



Une plaque munie d'un anneau-glissière et au-dessous modèle avec la couronne munie de son volet dans lequel une glissière isolée est représentée à demi engagée dans celle-ci.

couronne ; puis, au moyen de la petite scie que nous employons, sectionner le volet en deux parties.

Par cette ouverture un plané entrera de champ pour rejoindre la glissière et y être soudé. La partie émergeant au-dessus des deux volets et que j'appellerai *éperon* viendra plus tard rencontrer l'anneau dans sa partie concave.

L'anneau et l'éperon entaillés viendront s'emboîter l'un dans l'autre, équilibrant ainsi la hauteur de l'anneau avec celle de la couronne. L'anneau devra contourner la couronne aussi loin que possible vers la face distale ; cette conformation est importante puisque ses deux branches seront les freins qui resserreront la glissière si elle devient trop libre.

Tous les fragments sont terminés, il s'agit d'en faire le scellement à la plaque-base ; mais avant il est nécessaire de mettre à leur place respective en bouche lesdits fragments et d'en prendre le moulage.

Pour cette opération, on appliquera un demi-porte-empreinte préparé à l'albâtre, du côté du dispositif, ce qui permettra à l'opérateur de maintenir en place la partie de la plaque-base restée libre. Le modèle étant établi, le système soudé à la plaque-base, des essais de va-et-vient de la glissière en contrôleront la précision.

Ouvrons ici une parenthèse afin de nous occuper des difficultés qui pourront survenir au cours de l'application : l'une attend le prothésiste, l'autre l'opérateur.

L'appareil est terminé, la pose va avoir lieu. Un ciment semi-liquide remplira la couronne avec tout le dispositif que nous connaissons. Le lendemain pourra nous ménager une désagréable surprise.

En effet, le ciment ayant fusé dans la glissière l'a complètement bloquée ; il nous est totalement impossible de retirer l'appareil.

Le remède est simple : un corps gras déposé à l'intersection de la glissière et de la plaque préviendra l'accident.

Un autre inconvénient peut survenir et il n'est pas sans importance pour remettre l'appareil à sa place.

La glissière, qui le plus souvent accuse une légère convexité, trouve difficilement son entrée dans la coulisse, d'où fatigue de l'opérateur et mécontentement du patient.

Le remède existe, il est du domaine du laboratoire. Raccourcissons, en effet, l'extrémité inférieure de la glissière ; de cette façon l'anneau sera le premier à prendre sa place autour de la couronne et la glissière gagnera automatiquement la coulisse.

Un affaissement de l'appareil peut se produire à la suite de la mastication. Pour y remédier, il importe de bloquer la glissière sur la couronne à l'aide d'une petite coiffe métallique reposant sur les volets.

Il faut bien admettre qu'une couronne scellée en bouche,

munie de ses deux volets, donnera au prothésiste une difficulté technique pour un deuxième appareil demandé par un patient après la pose du premier.

Cette difficulté est facilement surmontée en procédant par le tour de main suivant. Prendre une petite feuille de métal Melchior ou Victoria, assez mince pour être fermée avec les doigts. La dimension sera de deux fois la largeur des volets appliqués sur la couronne scellée du premier appareil, et comme hauteur celle de la couronne. Fermer cette petite feuille de métal comme un livre ; ensuite rabattre à angle droit les deux feuillets dans leur moitié de largeur en donnant au profil la forme d'un V. La partie supérieure horizontale formera les ailes de la glissière et pourra, avec quelques rectifications, s'ajuster dans les volets de la couronne scellée. La partie verticale formera l'éperon qui passera entre les volets.

Un glissement aisé s'impose afin de faciliter la sortie à la prise d'empreinte.

Si la coulée du plâtre, pour reproduire le modèle, se faisait sur la glissière venue dans l'empreinte, il est évident qu'elle serait noyée sans aucun recours. Pour obvier à cet inconvénient, on appliquera autour de la glissière, des lamelles de métal qui deviendront les volets de fortune. Une seule lamelle de métal s'appuiera sur la glissière à sa face postérieure et sera maintenue par une gouttelette de cire. Sur la face antérieure, de chaque côté de l'éperon, deux nouvelles petites lamelles seront appuyées et maintenues par le même procédé que la première. Ce qui reste de la glissière n'a plus besoin de préparation. Ces précautions indispensables donneront au prothésiste le calibre exact des volets, pour la glissière et le contour de la couronne, pour l'anneau.

Le reste se fait comme il est indiqué à la première partie de ma communication ; je n'ai donc pas besoin d'y revenir.

Je souhaite que le modeste travail que je viens de vous présenter donne à ceux de mes confrères qui voudraient en faire l'essai la satisfaction que j'y ai trouvée moi-même.

REVUE ANALYTIQUE

A. Pont, de Lyon. — ***Prothèse des grands blessés de la face et des maxillaires.***

Les fractures des maxillaires et les mutilations de la face les plus variées, depuis les plus simples jusqu'aux plus compliquées, ont été observées pendant cette guerre. Les indications prothétiques sont donc à leur tour très variées ; l'auteur les classe en ne donnant que celles qui ont paru les plus simples et les plus pratiques.

1° Prothèse des maxillaires.

A) *Prothèse du maxillaire inférieur.*

Si la fracture est consolidée en bonne position, ce sont les appareils fixes (bridges) qui sont les plus indiqués à cause de leur durée et de leur solidité. S'il y a perte de substance dans le sens vertical, le bridge amovo-inamovible sera de la plus grande utilité.

Si la fracture est consolidée en mauvaise position et que l'ostéotomie ne soit pas indiquée, on rétablira l'articulation dentaire le mieux possible au moyen d'appareils à double arcade comme l'avait déjà fait Préterre en 1870.

Dans les cas de fracture non consolidée, les appareils mobiles seront préférables. Il n'y aura que les moyens de contention qui varieront. On pourra utiliser suivant le cas : les couronnes télescopées, la bielle de Villain, le double plan incliné de Durif, l'appareil condyloïde de Pont. Tous ces appareils devront être assez stables, peu lourds et devront rétablir aussi bien que possible l'esthétique et la mastication.

B) *Prothèse du maxillaire supérieur.*

Deux grandes variétés :

Il n'y a pas de communication entre la bouche et les fosses nasales ou les sinus. Dans ce cas les bridges ou à défaut les appareils de prothèse dentaire ordinaire seront suffisants.

Il y a communication avec une ou plusieurs cavités. Dans ces cas il sera nécessaire de compléter la plaque palatine par une sorte de champignon en caoutchouc creux destiné à combler la perte de substance et à rétablir tout à la fois les fonctions de mastication, de déglutition et de phonation. La contention de ces appareils sera assurée, en outre, soit par de solides crochets plats sur les dents restantes et, à défaut, par des ressorts fixés à un appareil inférieur.

2° Prothèse faciale.

On peut classer les blessés de la face en quatre catégories selon qu'ils ont une perte de substance du nez, de l'oreille, de la région

oculo-malaire et enfin d'une partie plus ou moins étendue de la face. Les appareils de prothèse seront indiqués dans les trois circonstances suivantes :

1° Lorsque l'intervention plastique n'aura pas donné de résultats esthétiques satisfaisants ;

2° Lorsque l'intervention chirurgicale sera contre-indiquée ou refusée ;

3° Lorsque l'intervention plastique devra être retardée, la prothèse étant alors utilisée comme méthode d'attente.

Les appareils prothétiques sont de deux variétés :

Les appareils anciens qui peuvent être construits en caoutchouc, aluminium, argent, céramique et qui doivent être maintenus par des moyens de contention variés (ressorts, anneaux de caoutchouc, lunettes). Il faut donner la préférence pour les appareils de cette catégorie aux appareils légers en caoutchouc mince recouvert d'une légère couche de cire dure et teintée d'après la couleur des téguments voisins. Dans ces appareils on peut enchâsser facilement un œil artificiel et implanter de la moustache, de la barbe, des cils, des sourcils.

Les appareils nouveaux qui sont construits d'après la méthode de Henning au moyen d'une pâte à base de gélatine. Les prothèses en pâte plastique ont comme avantages d'être parfaites au point de vue esthétique, très faciles à fabriquer et à appliquer. Elles ne nécessitent aucun moyen de contention et sont d'un prix de revient insignifiant ; elles ont par contre l'inconvénient d'être peu durables. Le blessé cependant peut les fabriquer lui-même, mais doit les renouveler tous les 3 ou 4 jours. Aussi au centre maxillo-facial de Lyon on donne habituellement aux blessés deux prothèses : l'une d'après la méthode ancienne, en caoutchouc, dite prothèse de travail ; l'autre en pâte plastique, appelée prothèse de repos ou esthétique. De cette façon, les blessés qui n'ont pas pu bénéficier, pour une raison quelconque, des progrès et les avantages de la chirurgie plastique, peuvent, grâce à la prothèse, reprendre leurs occupations et leur vie normale.

(*Province Dentaire*, janvier 1920.)

Semple, Price Jones et Digby. — *Enquête sur la gingivite et l'angine de Vincent dans l'armée.*

Les auteurs étudient d'abord les variétés cliniques de la gingivite et de l'angine de Vincent et montrent la fréquence de la gingivite chez des sujets bien portants.

Les examens bactériologiques, pratiqués sur 512 sujets sains de 18 à 35 ans, parmi lesquels 25 o/o seulement présentaient de la gingivite, montrent la grande fréquence des bacilles fusiformes et des spirilles sur les gencives (95 o/o des cas). Chez 234 hommes exempts de toute affection gingivo-amygdalienne on trouve des bacilles fusiformes dans 33 o/o des cas et des spirilles dans 46 o/o des cas. Chez 25 enfants en bonne santé ayant des dents saines et exempts de gingivite, les auteurs trouvent toujours des bacilles fusiformes et des spirilles. Par contre les examens bactériologiques sont toujours négatifs chez les sujets totalement édentés.

Les auteurs étudient ensuite minutieusement la morphologie et la culture des bacilles fusiformes et des spirilles.

Les constatations faites par MM. Semple, Price Jones et Digby nous semblent excessivement intéressantes et méritent d'arrêter l'attention du dentiste qui observe si fréquemment de la gingivite chez ses patients. Cependant je ne crois pas que l'on puisse tirer des déductions étiologiques importantes de la présence dans la bouche des bacilles fusiformes et des spirilles. La recherche méthodique montrerait la présence fréquente et même constante d'autres bactéries dans la bouche d'adultes porteurs de caries dentaires ou de racines, même soignées.

(*The Journal of the Royal Army medical corps*, Londres).

De Svella, de Gand. — **Ankylose osseuse temporo-maxillaire.**

L'ankylose osseuse temporo-maxillaire, sans être exceptionnelle, est une affection rare.

Elle peut être congénitale. Dans ce cas elle a pour cause des inflammations de l'articulation pendant la vie fœtale, ou des traumatismes subis par l'articulation pendant l'accouchement.

Le plus souvent cette affection se rencontre dans la première et dans la seconde enfance, ce qui dépend surtout de la plus grande activité ostéogénique du périoste à cet âge.

Les causes sont :

1° Les traumatismes qui constituent la cause la plus fréquente (fractures de la mâchoire par chutes ou coups sur le menton, luxation non réduite). L'articulation est détruite soit par l'organisation de caillots de sang épanché, soit par néoformation du col.

2° Les processus inflammatoires qui s'attaquent.

A) Directement à l'articulation, arthrites temporo-maxillaires primitives (rhumatisme, blennorrhagie, maladies infectieuses).

B) Indirectement, arthrites temporo-maxillaires secondaires (Parotidites-Otites).

Le symptôme fondamental est constitué par l'immobilité plus ou moins complète de la mâchoire. Quand l'ankylose est bilatérale l'immobilité est absolue en ce sens que tout mouvement d'écartement, de latéralité, de propulsion est complètement supprimé.

Un autre symptôme très marqué est celui de la difformité caractéristique de la face (profil d'oiseau) causée par le retrait de la mâchoire inférieure et la saillie du maxillaire supérieur tranchant nettement sur le menton, petit et rentré.

Le retrait de la mâchoire inférieure a deux causes : l'arrêt de développement et l'atrophie à cause de l'inactivité. On trouve encore des anomalies dans la forme, la position et la direction des dents ; de la stomatite chronique et les caries dentaires par impossibilité de soins hygiéniques. La mastication est impossible et le patient ne peut être alimenté qu'à l'aide de liquides et de bouillies passées à travers une ouverture pratiquée sur le côté par avulsion de dents.

Il importe d'établir le diagnostic différentiel entre la constriction

des mâchoires par ankylose et celle due à diverses autres causes (Brides-contractures).

La constriction due à des brides cicatricielles dans les parties molles et à des contractures musculaires est facile à diagnostiquer, d'abord par les commémoratifs, ensuite par l'examen qui permet de constater la présence de ces lésions. Et puis, dans ces cas le masque caractéristique en profil d'oiseau manque absolument.

Quand le diagnostic d'ankylose osseuse temporo-maxillaire est bien fait, établi sur des signes certains, y compris l'anesthésie et un essai de mobilisation forcée, le seul traitement sera le traitement chirurgical.

Deux principes doivent guider l'opérateur : 1° il faut préférer la résection à l'ostéotomie ; 2° la résection sera proportionnée et exécutée suivant l'importance des lésions osseuses, mais comprendra toujours au moins le col ou condyle, le condyle lui-même et quelquefois l'apophyse coronoïde.

(*Société de médecine de Gand*, nov. 1919.)

JACQUES, de Nancy. — ***Diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur.***

M. Jacques n'a jamais observé de kyste paradentaire au maxillaire inférieur. Ceux du maxillaire supérieur se présentent comme des tumeurs liquides, uniloculaires, attenant à une dent cariée et ne contenant aucun élément d'origine coronale. Ils déforment le massif maxillaire et sont plus ou moins accessibles selon le point vers lequel ils se développent. La consistance à la palpation est variable : d'une dureté d'ivoire ou, au contraire, d'une mollesse d'abcès, mais le plus souvent de consistance intermédiaire avec crépitation parcheminée. Le diagnostic avec l'empyème de l'antre d'Highmore, le sarcome ou l'ostéite du maxillaire peut présenter quelquefois des difficultés. On s'aidera de la diaphanoscopie, de la rhinoscopie, de la ponction, chacune de ces trois affections ayant à ce point de vue des caractères différents. Les collections suppurées peuvent aussi prêter quelquefois à confusion, mais elles présentent une infiltration œdémateuse, rare dans les kystes. Les kystes fistulisés peuvent s'ouvrir au niveau de la bouche, de l'alvéole, de la gencive, plus rarement du palais. Le diagnostic sera à faire avec les sinusites fistuleuses et les ostéopériostites. L'orifice d'un kyste fistulisé est en général minuscule. L'examen au stylet, l'injection du trajet, permettront de trancher le diagnostic.

(*Congrès de chirurgie*, 6 oct. 1919.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 1er juin 1920.

Présidence de M. BLATTER, président.

La séance est ouverte à 9 heures.
Le secrétaire général fait part des excuses de M. Solas.

I. — LA COLLABORATION DES DENTISTES ET DES MÉDECINS, PAR M. DEBAT.

M. Debat s'excuse de ne pouvoir faire la communication qu'il avait annoncée et qui figure à l'ordre du jour : « La canitie d'origine dentaire », dont il demande l'ajournement à une prochaine séance.

Il la remplace par une note sur *la collaboration des dentistes et des médecins*, dont il donne lecture (v. p. 569).

Le Président remercie M. Debat de son intéressant travail.

II. — TRAITEMENT DES DENTS PAR LA MÉTHODE ÉLECTROLYTIQUE, PAR M. CH. GUÉBEL.

M. Guébel s'étonne que le remarquable travail de M. le Dr Mendel Joseph sur l'Ionisation, publié en 1908, n'ait été suivi d'aucun essai d'adaptation pratique. L'Ionisation permet, grâce aux propriétés antiseptiques bien connues du zinc, de décomposer le chlorure de zinc en chlore et en zinc, ce dernier se fixant dans la dent à traiter et donnant une rigoureuse asepsie.

Il fait ensuite l'exposé théorique et détaillé de l'Ionisation ou méthode électrolytique.

Répondant à une question de *M. le Dr Frey*, *M. Guébel* indique la technique à suivre pour le traitement par la méthode électrolytique d'une dent atteinte de 4e degré.

Le travail complet de M. Guébel, ainsi que la présentation des appareils d'Ionisation, sera présenté au prochain Congrès de l'A. F. A. S. à Strasbourg où M. Guébel fera des démonstrations pratiques.

III. — Incidents de la pratique journalière.

M. H. Villain présente deux bridges amovibles dont l'un a été fait par un élève de 3e année de l'Ecole dentaire de Paris, M. Gonnon.

M. Godon. — Je tiens à féliciter à mon tour M. Henri Villain de son intéressante communication, ainsi que notre jeune confrère, M. Gonnon. Elle démontre qu'après les cinq années d'études spéciales à l'Ecole dentaire, l'étudiant en chirurgie dentaire peut devenir assez habile mécanicien pour exécuter avec la perfection que nous avons pu constater les travaux les plus difficiles en prothèse dentaire. Nous devons en féliciter tous ceux qui sont chargés de cet enseignement à l'Ecole. La prothèse dentaire est la partie des études odontologiques la plus spéciale de notre profession, celle qui la caractérise le mieux, comme l'ont prouvé les Services dentaires pendant la guerre, celle en un mot qui justifie le plus son autonomie, à laquelle est due, pour la plus grande part, la considération dont jouit le chirurgien-dentiste à notre époque.

M. Guébel présente au nom de M. Ostrow, de Londres, un nouvel embout pour la seringue à injections.

Cet embout en deux parties permet de retirer, avec extrêmement de facilité, les aiguilles cassées ou usagées que l'on avait jusqu'à présent assez de difficultés à enlever. Ces embouts se font en 4 formes, dont une courbe, formes qui s'adaptent à tous les besoins, notamment pour modifier la longueur utile des aiguilles. De plus, ces embouts, qui suppriment l'usage des joints, peuvent se fixer sur la seringue, sans le secours de clés de serrage.

M. V. E. Miégeville. — J'emploie ces embouts depuis un mois environ et j'en suis très satisfait. C'est un réel progrès sur ceux que nous trouvions jusqu'ici dans le commerce. Voilà des industriels qui ont au moins le sens pratique que je désirerais voir à nos fabricants français.

Toutefois je trouve que l'embout le plus court ne l'est pas assez encore et j'ai essayé, avec succès d'ailleurs, d'en diminuer un à la lime. Il me donne maintenant pleine et entière satisfaction. L'orifice est un peu grand toutefois, ce qui est facile à corriger ; je souhaite que les fabricants fassent pour un modèle au moins cette petite modification et je tiens ce modèle réduit à leur disposition. Il ne nous changerait pas des anciens modèles quant à l'émergence de l'aiguille avec, en plus, la commodité de l'échange d'une aiguille cassée.

M. Guébel dit que récemment, dans un cambriolage, une des pièces à conviction retrouvées était une tablette de chocolat dans

laquelle étaient restées les empreintes de deux incisives centrales supérieures séparées par un diastème. Or les soupçons se portèrent sur plusieurs individus dont l'un était justement porteur d'un diastème. Ce simple fait suffit pour convaincre le voleur.

IV. — Questions diverses.

M. Frey forma le vœu que l'Ecole dentaire de Paris veuille bien s'occuper de fabriquer pour elle et pour les confrères qui lui en demanderaient des appareils d'urgence pour fractures du maxillaire inférieur.

Le Président adresse un appel aux membres de la Société pour qu'ils adhèrent et assistent au Congrès de Strasbourg organisé par l'A. F. A. S., du 26 au 31 juillet 1920.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
V. E. Miégeville.

Séance du 7 décembre 1920.

La Société d'Odontologie de Paris se réunira le mardi 7 décembre 1920, à 8 h. 30 du soir, avec l'ordre du jour suivant :

1° Correspondance.

2° M. Mendel-Joseph. — Diagnostic bactériologique des abcès bucco-dentaires.

3° M. Roy. — Un cas de correction du prognathisme par la prothèse.

4° M. Bennejeant. — Le contrôle et la récupération des métaux précieux au laboratoire. Mélange réfractaire à base de plâtre.

5° Incidents de la pratique journalière.

6° Questions diverses.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE SERVICE MILITAIRE ET LES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

ACADÉMIE DE PARIS

Paris, le 2 octobre 1920.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts à M. le Recteur de l'Académie de Paris.

(Application de la circulaire du 28 avril 1920.)

J'ai l'honneur de vous faire connaître que mon collègue M. le ministre de la Guerre vient de donner au colonel commandant le Bureau de recrutement de la Seine les instructions nécessaires pour que les élèves des écoles dentaires libres de Paris soient admis à contracter jusqu'au 4 octobre prochain l'engagement spécial prévu par la circulaire du 28 avril 1920.

Ces jeunes gens devront présenter à l'appui de leur demande d'engagement un certificat d'inscription dans l'une des Ecoles libres dentaires, revêtu de votre visa.

Je vous serais obligé de bien vouloir porter d'urgence ces dispositions à la connaissance des intéressés.

Pour le ministre et par autorisation
Le directeur de l'enseignement supérieur,
Signé : A. COVILLE.

Copie, transmise pour exécution en ce qui le concerne à M. le directeur de l'École dentaire de Paris.

Paris, le 4 octobre 1920.

Le Recteur,
APPELL.

RÉPONSE MINISTÉRIELLE A UNE QUESTION ÉCRITE

LE STAGE DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE

M. Ferraris, député, demande à M. le ministre de l'Instruction publique si on peut obtenir une dérogation au décret du 11 janvier 1909, pour un jeune homme atteint de maladie, se destinant

à entrer dans une école dentaire, et qui, par suite de sa santé, désirerait, pour recevoir des soins de sa famille, faire le stage réglementaire dans la ville où il est domicilié au lieu d'aller chez un dentiste diplômé habitant une ville où il y a une faculté. (*Question du* 25 *septembre* 1920.)

Réponse. — L'article 1er du décret prévoit que seuls les chirurgiens-dentistes diplômés résidant au chef-lieu académique peuvent être autorisés à recevoir des stagiaires. Cette règle n'a jamais souffert d'exception et les termes formels du décret précité ne permettent pas d'y déroger. (*J. O.*, 8 *oct.* 1920.)

ERRATUM AU DÉCRET DU 13 FÉVRIER 1920 MODIFIANT LES DÉCRETS DES 11 JANVIER 1909 ET 20 JUILLET 1912 RELATIFS AUX ÉTUDES EN VUE DU DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

ACADÉMIE
DE
PARIS

L'article 2 du décret du 13 février 1920 doit être rétabli ainsi qu'il suit :

L'article 11 du décret du 11 janvier 1909 est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne le 3e examen.

Il se subdivise en 2 parties comportant les épreuves ci-après.

1re *partie.*

Clinique des affections dentaires.

(Revision des connaissances des candidats en ce qui concerne l'hygiène de la bouche et les anesthésiques).

2e *partie.*

1° Epreuve pratique de dentisterie opératoire.

La durée de cette épreuve est fixée par le jury.

2° Epreuve pratique de prothèse dentaire :

a) Une observation d'un malade, en spécifiant dans tous ses détails la restauration prothétique et le traitement orthodontique à exécuter ;

b) Une préparation de dent ou racine pour la pose d'une couronne artificielle (coiffe ou dent à tenon avec bague).

Une confection de bague ou pivot avec ajustage.

(Il est entendu que les coiffes ne devront être établies que sur les grosses molaires) ;

c) Une prise d'empreinte, d'occlusion ou d'articulation.

Le candidat devra, en outre, établir toutes les combinaisons de l'appareil et de ses modes de rétention ; il fera le choix des dents, leur ajustage et l'essayage de l'appareil en cire.

Durée totale de l'examen : huit heures.

Le bénéfice de l'épreuve subie avec succès reste acquis au candidat.

En conséquence de cet erratum, il y a lieu de considérer comme nulles et non avenues les instructions du paragraphe 2 (droits d'examen) de la circulaire du 29 mai 1920.

Le directeur de l'Enseignement supérieur,
Signé : A. COVILLE.

Copie conforme notifiée à titre de renseignement à M. le directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Paris, le 24 juin 1920.

Le Recteur,
APPELL.

IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES

Nous lisons dans les *Nouvelles dentaires d'Alsace et de Lorraine* du 1er novembre 1920 :

« Le directeur de l'enregistrement à Strasbourg vient de déclarer à la délégation du *Syndicat régional des dentistes* que les dentistes sont exonérés de l'impôt sur le chiffre d'affaires. *Les impôts déjà payés seront remboursés.* »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Groupement professionnel de l'Ecole Dentaire de Paris.

FETE DU QUARANTENAIRE DE LA FONDATION

12-13-14 *Novembre* 1920.

Le Quarantenaire de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris et des sociétés professionnelles a été célébré avec un grand succès, sous la présidence d'honneur de M. le Président de la République et la présidence effective de M. J. L. Breton, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Le programme représentait une véritable synthèse de notre organisme et des buts qu'il poursuit : une assemblée consacrée à des questions d'études et d'hygiène — côté moral, domaine de l'école; une assemblée consacrée aux intérêts de la profession — côté matériel, domaine de l'Association ; deux séances de communications orales ou de démonstrations pratiques — côté scientifique, domaine de la Société d'Odontologie ; une séance solennelle dans laquelle sont honorés les morts de la grande guerre, où sont exposés les résultats obtenus et formulés les desiderata aux pouvoirs publics et où sont récompensés les collaborateurs de l'œuvre accomplie ; un banquet pour réunir confraternellement les sociétaires, ainsi que les nombreux représentants des sociétés françaises et étrangères qui avaient tenu à s'associer à la fête.

Les organisateurs des diverses parties de cet important programme ont vu leurs efforts couronnés et l'empressement de la profession témoigne de l'intérêt avec lequel chacun de ses membres suit les manifestations du Groupement et la considération dont il jouit en France comme à l'étranger.

***

L'assemblée de l'Ecole du vendredi 12 avait réuni une centaine de membres qui ont entendu et discuté le rapport de M. Roy sur l'hygiène dentaire scolaire et celui de M. G. Villain sur le doctorat en chirurgie dentaire, en approuvant les vœux qui les terminaient, vœux à transmettre aux autorités gouvernementales pour en demander la réalisation.

Nous donnerons le texte de ces rapports et de ces vœux en

publiant le compte rendu de ces trois journées historiques 12, 13, 14 novembre.

***

L'assemblée de l'A. G. S. D. F. du dimanche 14 avait de même groupé une centaine de membres. On se rappelle qu'à la suite de l'assemblée générale annuelle de janvier 1920 il avait été constitué des commissions chargées de s'occuper respectivement des impôts, loyers, honoraires, fournitures et fournisseurs, revendications du personnel. Chacune de ces commissions avait désigné un rapporteur et les rapports avaient été soumis au conseil d'administration pour approbation.

C'est ce travail qui a été présenté à la séance du 14 et qui l'a alimentée. Les conclusions des rapporteurs ont fait l'objet de discussions et ont ensuite été adoptées. Nous y reviendrons.

***

Les démonstrations pratiques des 13 et 14 ont été extrêmement suivies et ont attiré de très nombreux praticiens.

Il ne nous est pas possible de les résumer aujourd'hui ; nous croyons préférable d'en rendre compte ultérieurement d'une manière plus complète et plus profitable à nos lecteurs.



La séance solennelle du samedi 13 après-midi s'est tenue sous la présidence effective de M. Breton, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Les ministres de la Guerre, de la Marine et de l'Instruction publique y étaient représentés respectivement par les médecins principaux Lahaussois, Hederer et M. Corra, directeur de l'Enseignement technique. La Faculté de médecine y était représentée par son doyen, le Prof. Roger ; le gouverneur militaire de Paris par le médecin inspecteur Rouget, directeur du Service de Santé ; l'Académie de Paris par M. de Bévotte, inspecteur ; le Conseil municipal par M. Aucoc, syndic ; la municipalité du 9e arrondissement par le maire, M. Sauphar, et M. Legrand, maire-adjoint, et celle du 8e par le maire, M. le Dr Maréchal.

MM. P. Strauss, sénateur ; G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, tous deux membres de l'Académie de médecine, et Justin Godart, député, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé militaire, qui veulent bien honorer l'Ecole dentaire

de Paris de leur puissant patronage, étaient présents, ainsi que M. Escudier, député.

Plusieurs pays étrangers avaient envoyé des délégués ; citons l'Angleterre, représentée par MM. E. Ball, président de l'Association dentaire britannique, et Wesley Barritt ; — la Belgique, représentée par MM. Huet, président de la F. D. N. belge, Demoulin, secrétaire ; Pitot et Quintin (Ecole et Dispensaire dentaires belges) ; Rubbrecht et Quarterman (Association générale des dentistes de Belgique) ; Rosenthal (Société belge d'Odontologie) ; — l'Espagne, par MM. F. Aguilar, président de la Fédération odontologique espagnole, directeur de l'Ecole dentaire de Madrid, secrétaire général de la F. D. I. ; Valderrama, président de la Société odontologique espagnole ; Landete, président de la Société de stomatologie ; E. Diez, Ruiz Valdes, E. Davis, professeurs à l'Ecole dentaire de Madrid, et deux étudiants de cette école ; — la Hollande, par MM. van Hasselt, président de la F. D. N. néerlandaise, Ch Nord, vice-président de la F. D. N. et président de l'Association des dentistes néerlandais ; de Boer, président de la Société odontologique néerlandaise ; — le Luxembourg, par M. Aloys Decker, *délégué officiel* du Gouvernement du Grand Duché.

Les Sociétés étrangères résidant en France étaient également représentées : l'American Dental Club de Paris, par M. W. Davenport ; le Pennsylvania Dental Club de Paris, par M. Robinson.

Enfin les Sociétés françaises suivantes étaient aussi représentées : l'Association de l'Ecole odontotechnique par MM. Rodolphe, Fontanel et Amoëdo ; l'Ecole dentaire de Lyon, par M. Bouchard, directeur ; le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, par M. Regnart, membre du Conseil ; le Syndicat des chirurgiens-dentistes du Nord de la France, par MM. Joly, président et Bettmann ; le Groupement des chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine, par M. Petit ; le Syndicat des médecins-dentistes et chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine, par MM. Lévy, président, et Spira ; le Syndicat régional des dentistes français de l'Alsace et de la Lorraine, par MM. Roth, président, et Morgenroth ; la clinique dentaire de la Caisse locale générale de malades de Strasbourg, par M. Kieffer ; le Syndicat des chirurgiens-dentistes des Alpes-Maritimes, par M. Fabret ; le Cercle odontologique, par M. Robine.

La musique du 5e régiment d'infanterie prêtait son concours à la cérémonie.

M. Godon, président-directeur, a fait, après lecture de la correspondance par le secrétaire général M. H. Villain, l'exposé de l'évolution de la profession pendant 40 ans et de la fondation de l'Ecole et de ses filiales.

Puis il a été procédé à la commémoration des morts de la profession pendant la grande guerre, par l'apposition d'une plaque de marbre sur laquelle sont gravés leurs noms glorieux. M. le médecin-major de 1re classe Frey en a fait l'appel, auquel M. Wallis-Davy, officier-dentiste de 2e classe, répondait chaque fois *mort pour la France !* Des gerbes de fleurs offertes par les délégations anglaise, belge, hollandaise, luxembourgeoise furent déposées aussitôt devant la plaque. Cérémonie simple, digne et émouvante, qui a fait vibrer tous les cœurs.

Mme Piérat, de la Comédie-Française, a dit avec le talent qu'on lui connaît des vers *A quelques morts*, de Roger Gaillard, écoutés avec recueillement et émotion.

Le ministre a félicité l'Ecole et surtout le Dispensaire des services qu'ils rendent à l'hygiène dentaire et a remercié le directeur, M. Godon, et le directeur-adjoint, M. Blatter, puis il a épinglé la médaille d'honneur de l'Assistance publique à la boutonnière de MM. Eudlitz, V. E. Miégeville et Pailliottin.

M. G. Viau a adressé un appel en faveur de l'*Aide confraternelle*, dont il est président.

M. H. Villain, secrétaire général, a donné lecture du palmarès et il a été fait remise, aux applaudissements de l'assistance, de médailles de la reconnaissance professionnelle et de lettres de remerciements aux praticiens qui ont coopéré à l'œuvre du *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face*, du Dispensaire militaire V. G. 88 ou à des œuvres annexes, ensuite de médailles à des membres du corps enseignant : professeurs et chefs de clinique.

M. G. Fouques, président de l'A. G. S. D. F., a prononcé une allocution à la suite de laquelle ont été remises les médailles de l'Association à des mécaniciens-dentistes comptant 30 ans de service chez le même patron.

M. Justin Godart a apporté son témoignage des services rendus par l'Ecole et par la profession tout entière pendant la guerre et a rendu justice aux efforts personnels de M. Godon.

M. Aloys Decker, délégué du gouvernement luxembourgeois, a salué l'Ecole et ses professeurs, dont il fut l'élève.

M. Aguilar, comme secrétaire général de la F. D. I. et au nom de la profession espagnole, dont tous les groupements avaient envoyé des délégués, même les étudiants, comme on l'a vu plus haut, a apporté son tribut de reconnaissance au rôle joué par l'Ecole dentaire de Paris et surtout par son président dans la création et le fonctionnement de ce grand organisme international.

M. Huet, au nom des délégués belges, et M. van Hasselt, au nom des délégués hollandais ont prononcé quelques paroles.

Il a été fait remise de médailles au personnel de l'Administration et des Services de l'Ecole, notamment à M. Mandon, notre dévoué attaché à la rédaction du journal.

Enfin MM. Roy et G. Villain ont donné respectivement lecture des vœux émis la veille par l'assemblée générale sur l'hygiène dentaire et le doctorat en chirurgie dentaire.

M. Strauss, sénateur, a clôturé la fête en proclamant son triple caractère de reconnaissance professionnelle, de gratitude patriotique, de concorde et d'union de tous les cœurs.

La séance prenait fin à 4 heures et demie.



Le banquet, de 120 couverts, a eu lieu le samedi 13 au Palais d'Orsay. On y comptait un certain nombre de dames. Il était présidé par M. Strauss, assisté de MM. G. Mesureur et Justin Godart. La table avait la forme d'un trident.

Au dessert M. Strauss a exprimé toute son admiration pour l'œuvre accomplie par l'Ecole dentaire de Paris. Puis des toasts ont été portés par MM. Godon ; Blatter (au nom de la F. D. N.) ; Ball (au nom de l'Association dentaire britannique ; Huet (au nom des confrères belges) ; Decker (au nom des Luxembourgeois) ; Valderrama, président de la Société Odontologique espagnole ; de Boer, président de la Société Odontologique néerlandaise ; Lévy, président du Syndicat des médecins-dentistes et chirurgiens-dentistes d'Alsace et de Lorraine ; Rodolphe, président de l'Association de l'Ecole odontotechnique ; Fontanel, trésorier, de l'*Aide confraternelle* ; Robine, au nom du Cercle Odontologique. Enfin M. Mesureur a rappelé la collaboration du personnel de l'Ecole dentaire de Paris aux Services dentaires hospitaliers de l'Assistance publique.

Tous les orateurs ont célébré l'œuvre considérable de l'Ecole dentaire de Paris pendant 40 ans et ont adressé un tribut d'éloges mérités à son directeur actuel, qui fut un de ses principaux fondateurs.

M. Godon a répondu en remerciant et en demandant d'associer à ces éloges tous ses collaborateurs et particulièrement les disparus.

Les convives se séparèrent à 11 heures et demie.

L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE AU BRÉSIL

Nous devons à l'obligeance de notre confrère M. Chapot-Prévost, de Rio-de-Janeiro, professeur d'odontologie à la Faculté de médecine de cette ville, communication du nouveau programme des études odontologiques à la dite Faculté qui vient d'être approuvé par le conseil supérieur de l'enseignement.

Les études dentaires comprennent les matières suivantes : 1° Physique appliquée, 2° Chimie appliquée, 3° Notions d'anatomie humaine, anatomie descriptive de la tête et médico-chirurgicale de la bouche, 4° Histologie appliquée, 5° Physiologie appliquée, 6° Microbiologie appliquée, 7° Pathologie générale et appliquée, 8° Anatomie et physiologie pathologiques appliquées, 9° Technique dentaire, 10° Pharmacologie et thérapeutique appliquées, 11° Hygiène et médecine légale appliquées, 12° Clinique dentaire, 13° Prothèse dentaire et applications cliniques, 14° Orthodontie, prothèse bucco-faciale.

Ces études durent quatre ans et embrassent, la 1re année, les quatre premières matières ci-dessus, avec la technique dentaire (assistance) ; la 2e année, la physiologie, la microbiologie appliquées, et la pathologie générale et appliquée avec la technique dentaire (examen), la clinique dentaire (assistance) ; la 3e année, l'anatomie et la physiologie pathologique appliquées, la pharmacologie et la thérapeutique appliquées, avec la clinique dentaire (assistance) ; la 4e année, les autres matières.

Ces études comprennent cinq matières spéciales : technique dentaire, prothèse dentaire et applications cliniques, pharmacologie et thérapeutique appliquées, clinique odontologique, prothèse bucco-faciale, enseignées par des professeurs nommés au concours pour 6 ans et susceptibles d'être renommés pour une nouvelle période de même durée. Ce concours sera subi devant un jury composé des professeurs actuels de ces matières.

Les médecins et les dentistes pourront prendre part à ce concours.

Les professeurs de l'enseignement odontologique désigneront tous les deux ans l'un d'entre eux pour les représenter et qui pourra être appelé au Conseil universitaire quand il y sera traité des questions intéressant cet enseignement.

Les matières du programme seront enseignées par les professeurs des sections correspondantes de la Faculté en 80 leçons, les matières spéciales seront enseignées en un nombre de leçons à fixer.

Il sera créé comme annexes des cliniques, prothétique et bucco-

faciale, des dispensaires pour le traitement de la bouche. Ces cliniques seront gratuites ; les patients devront seulement supporter les frais causés par l'emploi de l'or ou par des travaux prothétiques dispendieux.

Des assistants seront attachés à ces dispensaires.

La réforme sera appliquée aux élèves se faisant inscrire dans la première année d'études après qu'elle sera en vigueur.

En raison des services rendus par les professeurs libres d'odontologie actuels dans les Facultés, ceux-ci seront maintenus en fonctions pour l'enseignement des matières sépciales devant faire l'objet du concours et, celui-ci terminé, ils pourront occuper leur chaire pendant six ans à dater de la réforme.

Celle-ci aura lieu dès que le Gouvernement aura ouvert les crédits nécessaires.

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE (1914-1920)

Rapport de gestion présenté

Par M. le Dr Maurice Roy,

Président du Comité.

Préambule

Le 5 mai 1913 le ministre de la Guerre répondait au président de la Fédération dentaire nationale, qui demandait la création de dentistes auxiliaires :

« En guerre le médecin auxiliaire accompagne la troupe au feu ; il dirige sur la ligne de combat les brancardiers régimentaires. Par contre, on ne conçoit pas l'utilisation possible, à la mobilisation, des dentistes auxiliaires par le Service de santé pour lequel, alors, tout personnel qui ne contribuerait pas immédiatement à assurer la conservation des effectifs engagés, le relèvement, le traitement et l'évacuation des malades et blessés ne pourrait être que *gêne et embarras.* »

Les événements ne devaient pas tarder malheureusement à démontrer combien cette réponse était légère et imprudente et combien les faits allaient, en dépit des prévisions officielles, lui donner un éclatant démenti, montrant, sur ce point particulier, l'imprévoyance criante du Service de santé. La guerre éclate, en effet, le 2 août 1914 et le Service de santé, volontairement pris

au dépourvu, ne dispose ni du personnel, ni du matériel, ni de l'organisation dentaire dont il va tout de suite avoir besoin.

Création du Comité de secours.

C'est pourquoi, dès le 5 août, sur la proposition de M. P. Martinier, professeur de prothèse restauratrice et chirurgicale à l'Ecole dentaire de Paris, le Bureau de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris pour parer, dans la mesure de ses moyens, aux conséquences de cette imprévoyance, décida la création d'un *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face.*

Cette création avait un double but :

1° Organiser pour les blessés de guerre, qui allaient être privés de soins compétents, le traitement des lésions traumatiques des mâchoires, leur restauration prothétique, ainsi que celles des mutilations de la face, par les méthodes les plus rationnelles et les plus modernes.

2° Réunir les fonds nécessaires au fonctionnement du nouvel organisme.

De plus, la plupart des services dentaires hospitaliers de Paris étant fermés par suite de la mobilisation de leurs titulaires, la Commission exécutive qui fut constituée fut chargée en même temps d'assurer, pour la population civile, le fonctionnement du Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris qui avait été fermé les premiers jours de la guerre.

La Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris mit à la disposition du *Comité de secours* les divers locaux et services de son Dispensaire, avec leur personnel, pouvant être jugés nécessaires par la Commission exécutive (cliniques, laboratoires, etc.).

Cette Commission exécutive fut composée de MM. d'Argent, P. Martinier, M. Roy, G. Viau, H. Villain remplacé bientôt par M. Pélissier, comme secrétaire et M. Bioux étant adjoint à la Commission comme trésorier.

Le bureau fut donc constitué ainsi :

MM. Godon, Président d'honneur,
Roy, Président,
G. Viau, Vice-Président,
Bioux, Trésorier,
Pélissier, Secrétaire,

M. Roy, président du Comité, assuma en même temps les fonctions de chef du service clinique et chirurgical, M. Martinier celles de chef du service technique, M. d'Argent celles de chef du service administratif.

Appel lancé par le comité.

Sitôt créé, le Comité adressa, par voie de circulaire, un appel à toutes les personnes susceptibles de s'intéresser à son œuvre, notamment aux confrères non mobilisables.

Dans cette circulaire, en date du 5 août, jour même de sa création, le Comité invitait tous les confrères à se grouper autour de lui pour lui permettre de constituer un corps de spécialistes particulièrement entraînés, afin de permettre aux directeurs des Services de santé militaire et aux médecins des diverses formations sanitaires de trouver facilement les concours nécessaires dans ces différents cas. Il se mettait d'autre part pour les blessures des maxillaires et de la face à la disposition de ces Services afin de traiter tous les blessés ressortissant à sa spécialité, soit qu'ils pussent se déplacer pour être soignés à sa clinique, soit qu'ils ne le pussent pas et dussent être soignés sur place par des membres du Comité.

Le Comité ajoutait qu'il prenait à sa charge tous les frais d'appareils nécessaires et, à cet effet, sollicitait les concours personnels ou financiers et demandait à chacun d'informer de sa création les médecins des formations sanitaires qu'il pourrait connaître.

L'appel du Comité rencontra immédiatement l'accueil le plus empressé : les fonds arrivèrent en abondance, ainsi que les dons et offres de matériel ; quant aux concours personnels, ils furent très nombreux, les adhésions affluèrent. Malheureusement, la guerre se prolongeant au delà de toute prévision, le zèle de beaucoup faiblit peu à peu et le nombre des membres se réduisit notablement avec le temps : cela rehausse d'autant le mérite des praticiens qui se sont jusqu'au bout consacrés à cette œuvre éminemment patriotique et humanitaire.

Préparation du personnel bénévole.

Ces concours assurés, il fallait tout d'abord les mettre à même d'être utilisés. Dans ce but une série de conférences et de travaux pratiques furent faits dès les premiers jours de la création par les deux chefs de service, MM. P. Martinier et M. Roy, pour familiariser les membres du Comité avec les différents genres de travaux et d'opérations qu'ils devaient être appelés à exécuter.

Cette préparation permit au Comité d'avoir, dès l'arrivée des premiers blessés à Paris, lors de la bataille de la Marne, un personnel compétent et assez nombreux pour soigner un grand nombre des blessés des maxillaires et de la face pour lesquels les diverses ambulances parisiennes voulurent bien faire appel au Comité.

En même temps, pour vulgariser parmi les médecins les notions indispensables relatives au traitement des blessés des maxillaires et leur montrer l'importance de l'intervention du spécialiste dans ces cas, MM. Martinier et Roy publièrent dans la *Presse Médicale* un article sur la *Prothèse dentaire dans la chirurgie de guerre.*

Reconnaissance officielle.

Pendant la bataille de la Marne même le Comité écrivit (8 septembre 1914) au Président de la Commission des services sanitaires pour lui faire connaître sa fondation et son rôle et lui demander d'être reconnu officiellement par le Ministère de la guerre comme formation sanitaire temporaire afin que les diverses formations sanitaires pussent faire appel à son concours.

Quelques jours après (18 septembre) le Comité de secours adressait une requête analogue au directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, le médecin Inspecteur général Février, pour être reconnu par lui comme formation sanitaire temporaire à la disposition des formations sanitaires placées sous sa direction.

Cette dernière demande fut accueillie dès le 16 octobre par le médecin Inspecteur général Février qui, par lettre-circulaire du même jour, avisait tous les médecins militaires de son ressort de la création du Comité de secours et les invitait à adresser à ce dernier les blessés militaires justiciables du traitement qui y était institué. Cette lettre se terminait par ces mots : « Je serais très heureux que cette offre généreuse fût appréciée comme elle mérite de l'être, afin de permettre au plus grand nombre possible de blessés de la face d'en bénéficier, et que les formations sanitaires de votre ressort fissent appel, le cas échéant, au concours du Comité... »

Le Comité s'empressa de porter cette bonne nouvelle à la connaissance de tous les chirurgiens-dentistes non mobilisés et de faire appel à nouveau à leur concours personnel et pécuniaire (circulaire du 1er novembre 1914).

Il crut devoir confirmer l'avis donné par le médecin Inspecteur général Février aux médecins militaires du ressort du G. M. P. par une circulaire qu'il adressa, le 10 janvier 1915, aux médecins chefs des formations sanitaires de ce Gouvernement militaire afin de se mettre à leur disposition pour traiter tous les blessés ressortissant à sa spécialité soit à sa clinique, soit sur place, suivant le cas.

Quelques jours après — 15 janvier 1915 — le Comité s'affiliait à l'Union des femmes de France pour bien affirmer son ca-

ractère de formation sanitaire et jouir des prérogatives dont bénéficiaient les sociétés de secours aux blessés.

Enfin, le 10 mai 1915, à la suite d'une démarche de M. Roy, appuyée par M. le sénateur Touron, le ministère de la Guerre (Direction du Service de santé) avisait le Comité de secours qu'il acceptait sa coopération aux soins de chirurgie et de prothèse donnés aux blessés de la face dans les hôpitaux de complément. Il ajoutait que, dès le 30 janvier, il avait autorisé le Directeur du Service de santé du G. M. P. à agréer officiellement le concours du Comité, prescription qu'il avait d'ailleurs confirmée par dépêche du 10 avril précédent.

Le ministère de la Guerre revenait ainsi sur la décision prise deux ans auparavant et reconnaissait par là implicitement son erreur !

Action du Comité de secours.

Le Comité se trouvait à ce moment en pleine activité et recevait de très nombreux blessés. Ceux-ci provenaient de toutes les ambulances parisiennes. Ceux qui pouvaient se déplacer étaient soignés à la clinique de la rue de la Tour-d'Auvergne, siège du Comité ; ceux qui n'étaient pas transportables étaient soignés par le personnel du Comité dans les ambulances mêmes où ils étaient en traitement. Parmi celles-ci il convient de citer en particulier les ambulances du Louvre, de l'Ecole polytechnique, l'hôpital de la Croix Rouge du Square des Peupliers, l'hôpital de l'Association des dames françaises, de la rue Michel-Ange, etc. Le docteur Roy avait, dans son service de l'hôpital de la Pitié, organisé une annexe du Comité où étaient soignés tous les blessés des maxillaires des divers services de cet hôpital.

Personnel.

Pour remplir cette tâche délicate et absorbante le Comité disposait d'un personnel dévoué et bien entraîné, dirigé par MM. Roy, chef du service clinique et P. Martinier, chef du service technique qui s'étaient adjoint MM. Jeay, pour le service clinique, Daehler, pour le service technique et Brenot comme chef du laboratoire. Sous leur direction, le traitement des blessés était assuré par les membres participants du Comité dont nous tenons à rappeler les noms dans le tableau ci-dessous des membres du *Comité de secours.*

MM. le Dr Godon, président d'honneur.
Dr Maurice Roy, président, chef du service clinique.
G. Viau, vice-président.

MM. P. Martinier, chef du service technique.
Pélissier, secrétaire.
Bioux, trésorier.
Jeay, adjoint au service clinique.
W. Daehler, adjoint au service technique.
Brenot, chef de laboratoire.
Blatter.
Bouchard.
Choquet.
Crocé-Spinelli.
Devoucoux.
Duz.
Mlle Duvault.
MM. Douhet.
Delestre.
Devauchelle.
Debray.
Fourcade.
Mme Froidefond.
M. Girardier.
MM. Garay.
Hellion.
S. Kritchewsky.
Mme de Lemos.
MM. Lelièvre.
Laurian.
Leboucher.
J. Robinson.
Ribouleau.
Mme Régis.
MM. Renoult.
Staviski.
Tcherniakoff.
Triaire.
Schwabsky.
Sorré.
Teisset.
Varlet.
G. Villain.
H. Villain.
Wisner.
Wild.
Wirth.

Des modifications furent apportées plus tard à cette liste soit par des mobilisations ultérieures, soit par des départs qui réduisirent le nombre de ces membres durant la dernière année de la guerre.

Les photographies des blessés étaient faites par M. Choquet, puis par la suite par M. Wild ; la documentation était confiée à M. Delestre.

L'administration était assurée bénévolement par M. Garay, de la Comédie-Française, au zèle et à l'empressement duquel nous ne saurions trop rendre hommage, ainsi que par notre confrère, M. Pélissier, qui nous a donné le concours le plus actif et le plus utile.

Le personnel d'infirmières a compris d'abord Mlle Druon, remplacée par la suite par Mme Losset, qui ont rempli leur tâche avec intelligence et dévouement. Bientôt après Mme Froidefond prenait, comme infirmière major, la direction du service des infirmières, avec un tact parfait et une complaisance sans bornes ; elle a rendu au Comité de très grands services appréciés par tous, auxquels nous sommes heureux de rendre ici hommage.

Nous sommes heureux d'adresser à tous ces excellents colla-

borateurs nos sincères remerciements pour le concours si dévoué qu'ils ont donné à l'œuvre entreprise par le Comité et en particulier à ceux qui, jusqu'à la dernière heure, sont restés attachés à nos services avec le plus entier dévouement.

Fonctionnement.

Le fonctionnement avait lieu de la façon suivante : à son entrée chaque blessé était examiné par M. Roy, qui en dirigeait et surveillait le traitement, d'accord avec M. P. Martinier, qui dirigeait la confection des appareils.

L'observation de chaque blessé était rédigée et le schéma de ses lésions était établi sur des fiches spéciales, puis il était confié à l'un des membres du Comité auquel les deux chefs de service donnaient les directives du traitement.

Après photographie et moulage des mâchoires et s'il y avait lieu de le faire, les chefs de service et le chirurgien-dentiste traitant discutaient ensuite en commun, dans une collaboration intime et journalière, les interventions et les appareils à exécuter pour mener à bien le traitement institué. Ces appareils étaient ensuite exécutés au laboratoire du Comité par les dentistes traitants assistés d'un personnel mécanicien d'élite dirigé par notre dévoué chef de laboratoire M. Brenot.

C'est ainsi, dans ce *Comité de secours aux blessés des maxillaires*, grâce à cette collaboration de tous les instants entre tous ses membres, que s'est créée de toutes pièces cette technique spéciale qui devait être appliquée et se développer plus tard dans les différents centres maxillo-faciaux qui allaient être ultérieurement organisés.

Ces méthodes furent vulgarisées par les nombreuses visites de confrères que reçut le Comité et par une conférence avec présentation d'un grand nombre de blessés types par MM. Maurice Roy et P. Martinier, conférence qu'ils publièrent avec de nombreux dessins d'appareils nouveaux et photographies des blessés dans une brochure intitulée *La Prothèse des maxillaires en chirurgie de guerre (procédés de technique appliqués au Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face de l'Ecole dentaire de Paris*[1]*)*.

Visites au Comité de secours. Journaux.

Nous sommes heureux de reconnaître que, si le Comité de secours ne rencontra pas toujours tous les appuis et les concours

1. Chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs, à Paris.

auxquels il aurait eu droit, il eut du moins la satisfaction, outre les reconnaissances officielles dont nous avons parlé, de recevoir des visites et des encouragements de la part de hautes personnalités qui lui furent d'un précieux secours, en même temps que plusieurs organes de la grande presse, mis au courant de l'action du Comité, faisaient connaître celui-ci au grand public et lui attiraient ainsi des souscriptions importantes.

Au nombre des personnalités officielles venues au Comité pour témoigner l'intérêt qu'elles portaient à son œuvre, il y a lieu de citer MM. Jules Guesde, ministre sans portefeuille, et Marcel Sembat, ministre des Travaux publics, qui, le 23 avril 1915, lui apportèrent leurs félicitations. Le 13 septembre suivant, M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, remerciait à son tour, dans une visite, le Comité de sa collaboration. MM. P. Strauss et Touron, sénateurs, qui, en diverses circonstances, appuyèrent les démarches du Comité, furent également au nombre des visiteurs, ainsi que MM. Lhérissé, sénateur, Henri Marcel, directeur du Musée du Louvre, etc., etc.

Un grand nombre de confrères français et étrangers, principalement anglais, américains, italiens, vinrent visiter le Comité de secours et en suivirent les services, désireux de connaître les méthodes de traitement qui y étaient appliquées et dont une partie, nous l'avons dit, y avait été créée. Nous sommes très reconnaissant à tous ces confrères des marques de sympathie qu'ils ont bien voulu nous donner à nous et à nos collaborateurs et des chaleureuses félicitations qu'ils n'ont jamais manqué d'adresser à l'œuvre accomplie par notre Comité.

Parmi les journaux quotidiens qui consacrèrent des articles importants aux travaux du Comité de secours nous mentionnerons plus particulièrement le *Figaro*, le *Gaulois*, les *Débats*, l'*Humanité*, *Science et Vie*.

Nous prions ces organes, ainsi que les auteurs des articles, MM. Berr, de Varigny, Henri Marcel, etc., de vouloir bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour la chaleureuse propagande qu'ils ont faite en faveur du Comité ; *Science et Vie*, notamment, a reproduit des séries de photographies du Comité et de ses blessés.

Souscriptions-Recettes.

Cette propagande eut pour heureux résultat de provoquer de nombreuses souscriptions en espèces qui vinrent s'ajouter à celles que les membres du Comité avaient déjà recueillies soit parmi les confrères, soit dans d'autres milieux par leurs relations personnelles. D'autre part, à la suite de démarches de M. Ri-

bouleau, quelques fournisseurs pour dentistes firent des dons en nature.

Pour augmenter ses ressources, le Comité organisa une tombola dont les lots étaient gracieusement offerts par un certain nombre de donateurs généreux. Profitons de cette circonstance pour les remercier de l'aide qu'ils nous ont donnée dans cette occasion.

Il organisa également deux concerts, l'un dans les locaux de l'Ecole dentaire de Paris, le 22 juillet 1915, l'autre dans la salle Gaveau, le 2 décembre 1915. Le programme de ces concerts fut composé avec grand soin par M. Garay, administrateur du Comité, qui déploya une grande activité et mit à profit ses nombreuses et excellentes relations dans le monde théâtral et musical pour grouper un ensemble d'artistes de l'Opéra et de la Comédie-Française principalement, qui prêtèrent aimablement leur gracieux concours. Le résultat obtenu dépassa toutes nos prévisions.

Nous ne saurions adresser de trop chaleureux remerciements à M. Garay, auquel est dû le brillant succès de ces deux réunions éminemment réussies, réunions dont il a été l'âme. Nous devons aussi un tribut de gratitude aux aimables artistes qui ont répondu à son appel et qui ont si puissamment contribué à grossir la recette, en même temps qu'à réjouir nos blessés qui étaient naturellement à la place d'honneur dans ces fêtes organisées à leur intention en même temps qu'à leur bénéfice.

C'est grâce aux ressources qu'il se procura par ces divers moyens que le Comité de secours put exécuter les appareils, faire achat d'objets de pansement, rétribuer le personnel indispensable, ainsi que les mécaniciens que l'Ecole dentaire de Paris ne pouvait pas lui fournir.

Services extérieurs du Comité.

Le rôle du Comité de secours s'étendait d'ailleurs à mesure que la guerre se prolongeait. En juin 1915 le Service de santé militaire ayant créé à l'hôpital de convalescents du Lycée Michelet, à Issy-les-Moulineaux, une ambulance de 200 lits pour la restauration prothétique des mutilés de la face, des maxillaires et des dents, il fit appel au Comité de secours pour traiter les blessés de cet important service en même temps qu'il faisait appel, pour les soins à donner aux édentés, au Dispensaire de l'Ecole dentaire de Paris, qui avait créé, depuis un certain temps déjà, un service important qui a, comme l'on sait, permis de récupérer pour les services armés un grand nombre d'hommes inaptes de par l'état défectueux de leur denture.

Le Comité de secours assura le fonctionnement du service de

l'hôpital Michelet concurremment avec le service de sa clinique de la rue de la Tour-d'Auvergne du mois de juin 1915 au mois d'avril 1917. A ce moment le service de Michelet fut transféré à St-Ouen, hôpital 112, où les blessés furent hospitalisés et les traitements se trouvèrent tous concentrés dans les cliniques du Comité de secours et du Dispensaire. A la même époque le Comité se transforma pour se réunir avec le Dispensaire militaire de l'Ecole, créé pour les édentés, en une formation sanitaire unique, annexe du Val-de-Grâce, sous le nom de *Dispensaire militaire V. G.* 88.

Les services du Comité continuèrent à fonctionner ainsi pendant la fin de la guerre et près d'un an encore après l'armistice, jusqu'à la fermeture de l'hôpital 112 de Saint-Ouen, le 15 octobre 1919.

Activité extérieure du Comité.

Le Comité de secours n'a pas borné son action à ce qui vient d'être mentionné, il a également participé à des manifestations scientifiques. C'est ainsi qu'en juin 1916 il prit part à l'exposition annexée au 36e Congrès annuel de l'*Association dentaire britannique* tenu à Londres, en y envoyant une collection de documents relatifs au traitement des blessés de la face (dessins, tableaux photographiques, modèles, appareils, etc.) qui furent fort remarqués.

Il a pris également, comme on sait, une part des plus actives à l'organisation et aux travaux du *Congrès dentaire interallié* de novembre 1916 où son exposition de dessins, moulages et d'appareils fut une des plus importantes parmi les collections exposées par les divers services maxillo-faciaux et où ses collaborateurs présentèrent de nombreux et importants rapports et communications.

Dès la création au Val-de-Grâce des *Archives et documents de la guerre* (mai 1916) le Comité de secours avait envoyé, sur l'invitation du Sous-Secrétaire d'Etat du Service de santé militaire, une série d'appareils-types préparés spécialement pour y figurer.

Résultats généraux.

L'action du Comité a été, on le voit, très vaste ; mais cette action ne s'est pas produite sans heurts, sans difficultés et sans obstacles provenant de bien des causes et de bien des côtés ; mais ce sont là des inconvénients inhérents à toute entreprise, à toute œuvre humaine, individuelle ou collective. Aussi préférons-nous les passer sous silence et même les oublier pour ne voir que les résultats obtenus. Ceux-ci sont suffisamment beaux pour laisser dans l'ombre les difficultés rencontrées sur notre route.

Ces résultats, quelques chiffres en montreront l'importance.

C'est ainsi qu'il a été soigné au Comité de secours et puis, au Dispensaire militaire V. G. 88, qui en était la continuation :

4.371 blessés des mâchoires ;

5.586 appareils ont été confectionnés ;

112.589 opérations diverses ont été effectuées.

Au 25 février 1920 la situation financière était la suivante :

Recettes.

Souscription des chirurgiens-dentistes	10.135 fr. 30
Concerts, tombola, etc	9.539 » 50
Comité de répartition des colonies	8.500 » »
Souscriptions privées.	6.755 » 05
	34.929 » 85
Auxquels il y a lieu d'ajouter les dons en nature.	275 » »
	35.204 » 85

Dépenses.

Frais de poste.	279 fr. 45
Frais de bureau	1.116 » 80
Indemnités et salaires.	12.605 » 35
Photographies et radiographies	1.083 » 75
Fournitures de pharmacie	2.993 » 05
Fournitures de prothèse	8.477 » 85
Dépenses diverses	1.757 » 50
	28.313 » 75
Excédent des recettes.	6.891 » 10

Il convient de faire observer que les dépenses ont été réduites parce que, à partir de juillet 1915, une partie des frais d'appareillage a été supportée par le ministère de la Guerre ; c'est ce qui explique le reliquat en caisse de 6.891 fr. 10.

Remerciements aux collaborateurs.

Les résultats financiers, on le voit, ne sont pas moins satisfaisants que les résultats matériels ; les uns et les autres ont été obtenus grâce à de nombreuses collaborations, qui ont revêtu des formes diverses, mais qui étaient dictées par le devoir patriotique et le désir de se rendre utile au pays. Toutes ces collaborations ont droit à notre reconnaissance au même titre ; aussi avons-nous à leur adresser de sincères remerciements.

Nous remercions d'abord en particulier tous les membres par-

ticipants du Comité qui sont venus travailler au soulagement de nos chers blessés, si dignes de nos soins et si pleins de gratitude pour ce qu'on faisait pour eux.

On pourrait former un volumineux dossier des lettres émues qui nous ont été écrites par un très grand nombre d'entre eux. Beaucoup profitent encore de la moindre occasion pour nous donner des témoignages de leur reconnaissance. Nous avons été l'objet, de leur part, de manifestations touchantes du vibrant souvenir qu'ils ont conservé des soins qu'ils ont reçus au Comité.

Ces manifestations sont des plus réconfortantes pour les praticiens qui ont apporté à notre œuvre leur coopération personnelle effective dans la grande et utile tâche qu'il a accomplie. Ils s'en trouvent largement dédommagés par les services qu'ils ont rendus à nos glorieux blessés, ainsi qu'au pays, et par le bien qu'ils ont fait.

S'il n'est pas en notre pouvoir de leur donner nous-même une récompense, le bureau du Comité de secours, dans sa séance du 25 février 1920, a décidé, en clôturant ses travaux, de remettre, au nom du Comité, à chacun de ses membres, une médaille qui lui rappellera la bonne et utile besogne accomplie en commun durant le terrible cataclysme qui a ravagé le monde. Nous avons choisi à cet effet une médaille du sculpteur Yencesse, l'éminent graveur en médailles, directeur de l'école nationale des Beaux-Arts de Dijon, que nous avait proposée notre dévoué vice président G. Viau, au goût artistique si éclairé et dont l'appui des plus dévoués ne nous a jamais fait défaut durant toute l'existence du Comité. Grâce à ses excellentes relations dans le monde artistique, nous avons pu, dans des conditions particulièrement avantageuses dont bénéficiera le reliquat de notre caisse, faire exécuter les médailles que nous allons vous remettre ce soir. Que ce modeste, mais artistique souvenir, soit pour chacun de vous un témoignage de la reconnaissance du *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* envers tous ses collaborateurs.

Nous remercierons ensuite les souscripteurs et notamment M. Labrousse, de la Commission de répartition des subventions et souscriptions coloniales, qui nous a versé en trois fois l'importante somme de 8.500 fr. au nom de cette Commission et qui, comme directeur du Comptoir national d'escompte, nous a fait un don au nom de cet grand établissement de crédit. M. Labrousse, à ce double titre, a droit à notre gratitude ; nous le prions de vouloir bien en agréer l'expression.

Nous adresserons enfin des remerciements tout spéciaux à Mme Froidefond qui, non contente d'assurer avec un dévouement digne d'éloge sa fonction complexe et absorbante d'infirmière

major, s'est très aimablement et très heureusement entremise par ses démarches personnelles pour nous procurer ces importantes souscriptions, de même qu'elle s'est prodiguée avec la plus aimable activité pour l'organisation de notre tombola et de nos concerts.

Liquidation.

Nous devons, maintenant que notre œuvre est terminée, songer à liquider financièrement et matériellement la situation du Comité dont le rôle est fini depuis que les services hospitaliers dont il était chargé sont fermés. Le Comité de secours possède, en effet, comme on vient de le voir, des fonds disponibles ; il possède aussi du matériel, des instruments, des collections et de la documentation.

A cet égard le Bureau du Comité, dans sa réunion du 25 février dernier, a pris les décisions suivantes :

1° Les fonds restant en caisse s'élevant à la somme de 6.446 fr. seront affectés à l'Ecole dentaire de Paris pour être employés à la clinique des blessés maxillo-faciaux ;

2° Le matériel et les instruments, dont la valeur estimative en argent, conformément à un état annexé à ce rapport, peut être fixée à 5844 fr., seront attribués au service de stomatologie de ladite Ecole ;

3° Les collections de dessins, tableaux, moulages, appareils, photographies, fiches, observations du Comité, dont l'intérêt documentaire est considérable pour l'avenir, seront donnés à la dite Ecole, à charge par elle d'organiser dans son musée une section spéciale relative aux travaux du Comité.

Nous pensons répondre ainsi au but de notre œuvre et à celui des généreux souscripteurs qui nous ont aidés à la mener à bien.

Je pense que tous les membres du Comité seront unanimes pour ratifier ces décisions qui clôtureront définitivement l'œuvre du *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* et en son nom je remets officiellement aujourd'hui à l'Ecole dentaire de Paris, qui voudra bien, je l'espère, l'accepter avec les affectations indiquées, l'actif du Comité tant en argent qu'en nature.

La Commission exécutive que le bureau de la société de l'Ecole a nommée le 5 août 1914, en rendant compte aujourd'hui de son mandat, pense avoir rempli correctement et pour le plus grand bien de nos glorieux blessés la mission dont elle avait été chargée.

L'exposé succinct que nous venons d'en faire montre que cette œuvre ne fut pas vaine et que tous ceux qui s'y associèrent peuvent à bon droit jouir de la satisfaction du devoir accompli ; le souvenir du soulagement et de la guérison des nombreux blessés qui ont reçu leurs soins sera pour eux tous la meilleure et la plus chère des récompenses.

Ceux d'entre nous qui ont assumé la direction de cet important service sont heureux, grâce aux précieux concours qu'ils ont trouvés parmi leurs excellents collaborateurs, d'avoir pu mener à bien cette lourde tâche qui restera pour eux l'un des meilleurs souvenirs de leur vie professionnelle et, en remerciant tous ceux qui ont collaboré à leurs côtés, ils peuvent les assurer qu'ils ont droit, eux aussi, à une part de la reconnaissance que la France doit à ceux qui l'ont bien servie dans les heures tragiques qu'elle vient de traverser.

Séance de clôture du 1er juillet 1920.

Présidence de M. le Dr Maurice Roy, président.

La séance est ouverte à 9 h. du soir à l'Ecole dentaire de Paris, par M. Roy, assisté de M. le Dr Ch. Godon, président d'honneur du Comité, et de M. G. Viau, vice-président.

28 membres sont présents.

Excusés : MM. Bouchard, Jeay, G.-Villain.

Le président donne lecture de son rapport sur la gestion du Comité de 1914 à 1919 (V. d'autre part).

M. Godon donne lecture de l'allocution suivante :

« Je désire me joindre au président du Comité de secours aux blessés, notre ami M. Roy, pour adresser, au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et en mon nom personnel, mes félicitations et mes remerciements à lui et à tous ses collaborateurs.

» Peu de temps après la déclaration de guerre, au début d'août 1914, l'Ecole dentaire avait dû, comme vous le savez, fermer les principaux services de son Dispensaire par suite de la mobilisation de la plus grande partie de son personnel.

» Notre collègue P. Martinier me demanda alors de rouvrir le service de prothèse maxillo-faciale de l'Ecole afin d'y recevoir les soldats blessés à la face proposant d'assurer ce service.

» Le Conseil de l'Ecole s'empressa de lui donner satisfaction et afin d'assurer la plus grande extension à cette proposition ; il nomma un Comité dans le but de grouper toutes les bonnes volontés et chargea MM. Roy et Martinier de l'organisation et de la direction dudit Comité. Les divers locaux de l'Ecole furent mis à sa disposition. C'est ainsi que fut formé le 1er Comité de secours aux blessés de la face qui a fourni la belle carrière que le très complet rapport de M. Roy vous a retracée tout à l'heure, grâce au dévouement et au généreux concours de ses membres.

» C'est donc encore à cette œuvre sortie de l'Ecole dentaire et

dont nous avons lieu de nous glorifier, car elle a contribué à la création des centres maxillo-faciaux en France, qu'on doit pour la plus grande part le statut militaire des chirurgiens-dentistes et la reconnaissance des pouvoirs publics pour les services rendus au pays pendant la guerre par la profession.

» Honneur donc au Comité de secours aux blessés, à ses présidents et à leurs dévoués collaborateurs. »

M. Blatter, après avoir reconnu les grands services rendus par le Comité de secours, demande que la somme restant en caisse soit versée en partie à l'*Aide confraternelle aux dentistes français et belges*, au lieu d'être versée en totalité à l'Ecole dentaire de Paris. Le Comité de secours ayant reçu des fonds destinés à soulager les misères de cette terrible guerre, le reliquat ne peut pas mieux être employé qu'à aider l'*Aide confraternelle* à élever ses 19 orphelins victimes de cette guerre.

Après l'avis émis par divers membres et sur la proposition de *M. Henri Villain*, il est décidé que la moitié du reliquat sera versée à l'Ecole dentaire de Paris, pour être employée à sa clinique de blessés maxillo-faciaux, et que l'autre moitié sera versée à l'*Aide confraternelle* pour l'éducation de ses orphelins.

M. P. Martinier rappelle comment il fut amené à demander à l'Ecole dentaire de Paris la création du Comité de secours.

Il remercie tous les collaborateurs du Comité et en particulier son excellent ami le Dr Roy, qui assura son service du premier au dernier jour.

M. *G. Viau* remercie le Comité de l'attribution de fonds qui vient d'être faite à l'*Aide confraternelle* qu'il préside. Il explique brièvement ce qu'était cette œuvre, son fonctionnement, la nécessité pour elle de réunir beaucoup d'argent afin de pouvoir élever jusqu'à 18 ans les orphelins dont elle a la charge et leur donner un métier digne des glorieux pères qu'ils ont perdus.

M. Wirth remercie les différents chefs de service du Comité qui ont appris aux membres de celui-ci une spécialité dentaire presque totalement inconnue de tous, notamment MM. Roy, Martinier et G. Villain.

M. Debray invite, à son tour, les assistants à souscrire à l'*Aide confraternelle.*

Il est fait aussitôt au profit de cette œuvre une collecte qui produit 300 francs.

M. H. Villain se joint aux orateurs précédents pour féliciter et remercier en son nom personnel et comme secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, tous les collaborateurs du Comité de secours pour les services qu'ils ont rendus.

Il désirerait voir récompenser tous les dévouements, mais il

sait combien il est difficile de faire reconnaître par les Pouvoirs publics tant de bonnes volontés. Il remarque qu'à la table présidentielle une seule boutonnière n'a pas encore été rougie : celle de son dévoué président, le Dr Roy. Rappelant succinctement les innombrables services rendus par ce dernier pendant la guerre, le dévouement inlassable dont il n'a jamais cessé de faire preuve, il propose à l'assemblée d'émettre le vœu que l'Ecole dentaire de Paris demande aux Pouvoirs publics la nomination de M. Roy comme chevalier de la Légion d'honneur, à titre de président du Comité de secours.

Ce vœu est adopté, aux applaudissements unanimes de l'Assemblée, et renvoyé au Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris.

Le président met aux voix le rapport de gestion dont il a donné lecture, qui est adopté à l'unanimité, sous réserve de la modification qui vient d'être décidée touchant l'emploi du reliquat de fonds.

M. Godon, président-directeur de l'Ecole dentaire de Paris, remercie au nom de cette dernière et promet de faire respecter les clauses de la donation.

M. Roy remet à chacun des membres présents une médaille commémorative due au sculpteur Yencesse et portant au revers le nom du collaborateur auquel elle est destinée.

M. Godon demande au président qui sera chargé du compte rendu de la séance, en l'absence du secrétaire du Comité.

M. Roy propose de prier M. H. Villain de vouloir bien s'en charger. — Adopté.

Il est décidé que le compte rendu sera publié dans *L'Odontologie* et, si cela est possible, qu'il en sera fait un tirage à part qui sera envoyé à chacun des membres du Comité.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance officielle est levée ; mais le président du Comité de secours offre aux assistants, avant qu'ils se séparent, une coupe de champagne avec quelques gâteaux, ce qui permet aux membres du Comité d'avoir entre eux une conversation cordiale, toute pleine de souvenirs et d'un peu d'émotion, qui termine, dans une atmosphère de confraternité et d'union sincère, cette soirée d'adieu dont tous garderont un souvenir à la fois réconfortant et mélancolique.

A 11 heures du soir la réunion avait pris fin.

Le secrétaire de la séance,
H. VILLAIN.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

LÉGION D'HONNEUR A TITRE POSTHUME

Par décret du 23 juin 1920, la croix de chevalier de la Légion d'honneur a été conférée à titre posthume à M. Gabriel Chameau, sous-lieutenant au 17e régiment d'artillerie de campagne, avec la mention suivante :

« Officier remarquable par son entrain, son énergie, sa bra-
» voure, dont il a donné des preuves nombreuses dans le com-
» mandement des batteries de tranchées. Mortellement blessé en
» allant s'assurer, au cours d'un bombardement par avions enne-
» mis, si tous les hommes étaient entrés. A été cité. »

(*Journal Officiel* du 6 novembre 1920, p. 17611.)

Rappelons que M. Gabriel Chameau, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris et chirurgien-dentiste, a été tué en 1916. Nous avons relaté sa mort, ainsi qu'une citation dont il fut l'objet, dans notre n° du 30 novembre 1916.



Nous apprenons que notre confrère M. Rodolphe Kern, lieutenant, tombé à Seppois-le-Haut, le 21 mars 1916, titulaire de la croix de guerre avec palmes et dont nous avons annoncé la mort dans notre numéro du 30 mai 1916, vient également d'être promu à titre posthume chevalier de la Légion d'honneur.

NÉCROLOGIE

Dufraisse.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de notre confrère, M. Dufraisse, de Pont-Audemer, membre de l'A. G. S. D. F.

Nous adressons à sa famille nos très sincères condoléances.

J. R. da Silva.

Nous apprenons également la mort de notre confrère, M. J. R. da Silva, membre de l'A. G. S. D. F., décédé subitement en son domicile, à Neuilly, le 24 octobre 1920, à l'âge de 63 ans.

M. Blatter, directeur-adjoint, représentait l'Ecole aux obsèques et l'Association avait envoyé une couronne.

Nous exprimons à son fils, M. Carlos J. da Silva, également membre de l'Association, ainsi qu'à toute sa famille, nos vifs regrets et nos sincères condoléances.

Notre confrère, M. J. Pélissier, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de son beau-père, M. Jules Maurel, décédé le 3 novembre, à l'âge de 75 ans.

Nous lui adressons nos condoléances.

Nous apprenons avec regret la mort de M. Georges-Paul-Marie Loup, fils de feu notre confrère Loup, décédé le 3 novembre à l'âge de 19 ans.

Nous adressons nos condoléances à sa famille.

NOUVELLES

Légion d'honneur

Nous relevons avec plaisir à l'*Officiel* l'élévation au grade d'officier de la Légion d'honneur de M. Jean Camus, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous le prions d'agréer nos vives félicitations.

Nous apprenons avec un vif plaisir la nomination de chevalier de la Légion d'honneur de notre confrère M. Rollin, membre du Conseil d'administration et ancien président de l'A. G. S. D. F., dentiste de l'Hôpital Saint-François depuis 30 ans.

Nous lui adressons nos très sincères félicitations.

Nous enregistrons également avec plaisir l'élévation au grade d'officier de M. le Dr Maréchal, maire du VIIIe arrondissement, que nous prions d'agréer nos félicitations.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentair s de Paris.

L'assemblée générale annuelle aura lieu le mardi 14 décembre 1920 à 8 h. 1/2 du soir, au siège de la Société, avec l'ordre du jour suivant :

1° Procès-verbal de l'assemblée générale du 9 décembre 1919 ;
2° Correspondance ;
3° Rapport du secrétaire général ;
4° Rapport du trésorier ;
5° Election de dix membres du Conseil d'administration ;
6° Compte rendu des travaux de la Commission consultative pour l'étude des réformes, nommée conformément à la décision de l'assemblée générale du 9 décembre 1919 ;

7° Les questions d'enseignement et d'hygiène dentaire ;

8° Questions et propositions diverses.

Membres sortants rééligibles : MM. Bioux, Blatter, Bruschera, Crocé-Spinelli, Dupontreué, Geoffroy, Guébel, Haloua, Ruppe, H. Villain.

Il sera procédé au vote à 10 heures.

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Les concours ouverts par décision du Conseil d'administration du 16 février 1920 et qui n'ont pas encore eu lieu (professeur suppléant des cliniques de chirurgie-dentaire, de prothèse et de prothèse restauratrice), ainsi que les nouveaux concours ouverts par décision du Conseil d'administration du 2 novembre 1920 sont fixés aux dates ci-après :

1° Concours pour deux postes de chef de clinique de chirurgie dentaire, 3e mardi de janvier 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres ;

2° Concours pour un poste de chef de clinique de couronnes et bridges, 3e mardi de janvier 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres ;

3° Concours pour deux postes de chef de clinique de prothèse, 3e mardi de janvier 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres ;

4° Concours pour un poste de professeur suppléant de clinique de prothèse restauratrice, 3e mardi de mars 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres ;

5° Concours pour deux postes de professeur suppléant de clinique de chirurgie dentaire, 3e mardi de mars 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres ;

6° Concours pour un poste de professeur suppléant de clinique de prothèse, 3e mardi de mai 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres ;

7° Concours pour un poste de chef de clinique d'orthopédie dento-maxillo-faciale, 3e mardi de mai 1921, à 20 h. 30, épreuve sur titres.

Distinction honorifique.

Notre confrère M. E. C. Schütz, membre de l'A. G. S. D. F., chirurgien-dentiste à Nice, vient d'être nommé officier de l'ordre du Nicham Iftikhar.

Nous lui adressons nos félicitations.

Ecole dentaire italienne.

Une école d'odontologie et de prothèse dentaire a été annexée à l'Université de Bologne (Italie).

Ecole dentaire de Beyrouth.

Une Ecole dentaire sera annexée, à partir de la rentrée scolaire du 3 novembre prochain, à la Faculté française de médecine de Beyrouth.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Rubens Pescarolo avec Mlle Rosa Lévy, célébré le 7 octobre.

Nous apprenons également le mariage de M. Maurice Glinche, élève de l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Marie Leboucher, célébré le 4 novembre.

Nous apprenons aussi le mariage de notre confrère M. Pierre Davigneau, membre de l'A. G. S. D. F., avec Mlle Henriette Taffonneau, célébré le 10 novembre.

Nos félicitations et nos souhaits de bonheur aux nouveaux époux.

Nouvelle Société odontologique.

Il vient de se fonder à Berlin, sous le titre d'*Union odontologique allemande,* une société professionnelle de dentisterie, de mécanique dentaire et des sciences accessoires, avec siège à Berlin.

Livres reçus.

Nous avons reçu de notre confrère M. Richard Poulet, de Menton, les brochures suivantes :

1° *La carie dentaire et son interprétation dans la prédisposition à la tuberculose ;*

2° *Faut-il soigner les dents de lait ?*

3° *De l'éruption des dents de lait et des états pathologiques de l'enfance, dits accidents de première dentition.*

Nous avons reçu l'Annuaire de la Société française de publicité médicale pharmaceutique et paramédicale (édition de 1920).

Association de l'Ecole odontotechnique.

Une Assemblée générale extraordinaire de l'Association a eu lieu le 4 novembre, à 20 h. 30.

Figuraient notamment à l'ordre du jour l'agrandissement des locaux de l'Ecole, l'approbation du projet de dépenses nécessitées par ces travaux (60.000 fr.), l'approbation du nouveau bail.

Examens en vue du diplôme de chirurgien-dentiste.

Une session d'examens, réservée aux candidats visés par le décret du 10 janvier 1919, en vue du diplôme de chirurgien-dentiste, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 17 janvier 1921.

Les consignations seront reçues les 20 et 21 décembre 1920 pour tous les examens.

Les candidats à l'examen de validation de stage devront avoir accompli une année de stage. Les candidats aux examens de fin d'année devront avoir 4, 8 ou 12 inscriptions et accompli les travaux correspondants.

40e ANNÉE. N° 12. 30 DÉCEMBRE 1920 VOL. LVIII

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

CONFORMATION ET STRUCTURE DE QUELQUES DENTS COMPOSÉES

Par le Professeur agrégé Ed. RETTERER.

(*Communication à la Société d'Odontologie, séance du 6 juillet 1920.*)

Cuvier, le premier, distingua la dent *composée* de la dent *simple.* Selon sa définition, la dent composée possède trois substances (ivoire, émail, cément ou cortical) qui forment des replis tellement profonds que, dans quelque sens qu'on coupe la dent, on coupe toujours plusieurs fois chacune des substances qui la composent.

La molaire de l'Eléphant est, pour Cuvier, le type de la dent composée.

Quelles sont la structure et la valeur morphologique d'une dent composée ? Deux opinions sont en présence : pour les uns, c'est un complexus de plusieurs dents simples qui, d'abord séparées, se sont fusionnées au cours du développement ; pour les autres, c'est une dent représentant une individualité comme la dent simple, mais dont la surface se lobe, se plisse et se découpe à mesure que la dent s'agrandit. Il faut, d'autre part, rechercher les facteurs qui président à la complication de la dent.

Technique. — Pour me rendre compte de la répartition des substances qui constituent la dent composée, j'ai eu recours à la décalcification. Après un séjour plus ou moins prolongé dans une solution aqueuse d'acide chlorhydrique, le cément ou cortical se détache de l'émail ; c'est-à-dire

qu'il se produit un vide entre ces deux substances, probablement à la suite de la dissolution de la portion externe, essentiellement calcaire de l'émail.

J'ai l'honneur de vous soumettre les préparations de molaires de Cheval, de Bœuf et de Cobaye. Nous les comparerons à une section de molaire d'Eléphant. Après l'étude de la conformation et de la structure de ces dents, nous tâcherons de trouver une explication qui embrasse l'ensemble des faits.

I. *Molaires de chevaux âgés de plus de dix ans.* — L'avant-dernière molaire de la mâchoire inférieure est haute de 5 centimètres et se compose d'une partie enchâssée ou *racine* et d'une partie libre ou couronne. Près du sommet de la racine, elle a un diamètre antéro-postérieur de 2 cent. 5 et se compose de deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure, chacune large de 1 centimètre. Ces deux moitiés sont réunies par une portion étranglée d'un diamètre latéral de 7 millimètres. Chaque moitié montre, dans sa portion centrale, une cavité divisée par un mince point d'ivoire en deux cavités secondaires, l'une, externe et l'autre, interne. Ces quatre cavités contiennent chacune une papille ou pulpe dentaire.

A quelques millimètres plus haut, c'est-à-dire plus près de la couronne, la conformation de la dent change et prend la configuration de la coupe représentée dans la fig. 1.

Tout près du sommet de la racine, l'ivoire et l'émail ont un contour arrondi entouré de tous côtés par le cément ou cortical osseux qui les enveloppe comme ferait un doigt de gant. Sur le reste de la dent, les connexions de l'ivoire et de l'émail, d'une part, et du cortical de l'autre sont tout autres. La fig. 1 qui représente la photographie d'une coupe horizontale pratiquée à 3 millimètres de la surface triturante en reproduit l'image fidèle. La face antérieure de la dent est à gauche et la face interne en haut. Si nous partons de la face antérieure sur laquelle une partie de l'ivoire

et du cortical a été détachée, nous voyons la bandelette noire ou vide qui sépare l'ivoire d'avec le cortical pénétrer d'avant en arrière dans l'ivoire et le cortical, y prendre la forme d'une lame antéro-postérieure. Ensuite la cavité et le cortical contournent le lobe antéro-interne (en haut et à gauche de la figure) pour combler ensuite la cannelure de la face interne de la dent. Après avoir contourné la partie postérieure du lobe antéro-interne, le cortical émet un

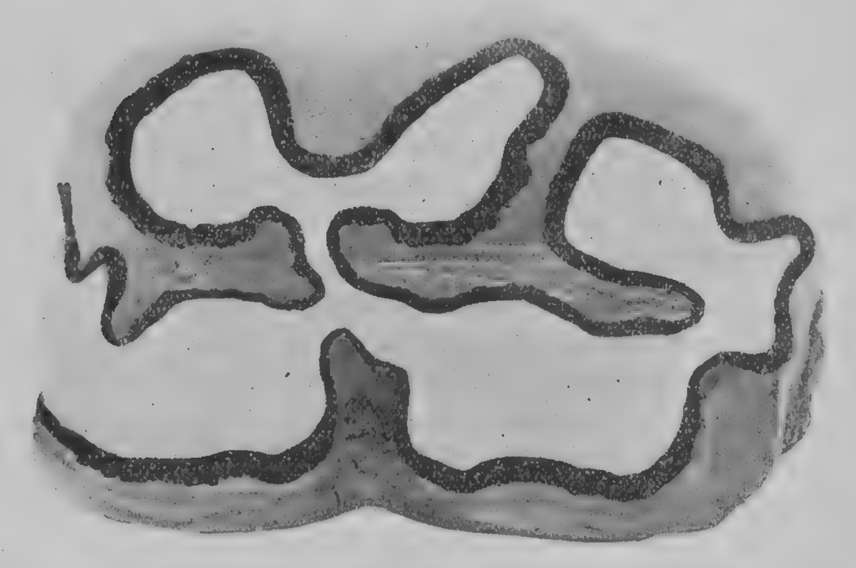


Fig. 1. — *Coupe horizontale de l'avant dernière molaire d'un cheval de plus de 10 ans;* elle passe à quelques millimètres de la surface triturante (maxillaire inférieur).

prolongement en T renversé qui sépare le lobe antéro-interne du lobe postéro-externe de l'ivoire. Le cortical suit son chemin en arrière (à droite de la figure), contourne le lobe postérieur et l'étrangle du côté externe. En ce point, le lobe postéro-interne n'est réuni que par un pédicule mince ou lobe postéro-externe (à droite et en bas de la figure).

Vers le milieu de la face externe (en bas sur la figure), le cortical pénètre de nouveau dans un sillon que présente l'ivoire, jusqu'au point où le lobe postéro-externe se con-

tinue par un mince pédicule, d'une part, avec le lobe antéro-externe et, de l'autre, avec le pédicule du lobe antéro-interne. Enfin, le cortical contourne le lobe antéro-externe de l'ivoire pour arriver à la face antérieure.

En résumé, l'ivoire revêtu d'émail forme un tout unique et continu ; sa surface seule est profondément découpée et les découpures sont comblées par des prolongements du cortical. En suivant à partir de la racine, les quatre divisions de la papille jusque dans les lobes de la couronne, on les voit s'écarter les unes des autres, tout en restant réunis entre eux par des tractus conjonctifs. Chaque papille occupe le centre d'un lobe et dans chaque lobe ou pédicule qui les relie se trouve un tractus conjonctif (reste papillaire), bordé de part et d'autre par une lamelle d'ivoire.

La même molaire examinée sur des Chevaux jeunes (de 5 à 6 ans) a la même conformation dans la partie enchâssée et la portion profonde de la partie libre. Quant à la portion qui suit immédiatement la surface triturante, elle paraît plus compliquée. En effet, elle montre deux prolongements, dits *cornets*, de cortical, qui partent de la surface triturante et pénètrent au centre de la dent pour y donner naissance à des îlots de cortical. Les classiques semblent n'avoir examiné et figuré que des molaires de jeunes animaux. De plus, ils admettent qu'outre le cortical, l'émail forme des cornets correspondants. Chauveau, Arloing et Lesbré[1], par exemple, décrivent et représentent, dans une molaire de Cheval, deux cornets d'émail comblés par du cément. Ils distinguent un émail *extérieur* et un émail *intérieur* ou *central* correspondant aux cornets dentaires. L'ivoire occuperait les intervalles centraux et l'émail périphérique, marqué de taches jaune-brunâtre qui seraient autant d'étoiles dentaires. Le cément se trouverait « soit à l'intérieur des deux cercles d'émail central, soit sur le côté interne, soit dans les cannelures externes ».

1. *Anatomie comp. des anim. domestiques*, t. I, p. 563, 1903.

Illing[1] figure (p. 94, fig. 112) des îlots de cément ou cortical entourés de tous côtés par l'émail molaire de la mâchoire supérieure de Cheval, c'est-à-dire distincts du cortical externe.

Pour comprendre la molaire d'un cheval de plus de dix ans, il faut se rappeler les faits découverts, dès 1767, par Tenon. Les dents du cheval s'usent, par leur extrémité libre, mais comme elles continuent pendant de longues années à croître, les parties usées sont constamment remplacées par des portions plus profondes et plus jeunes. C'est ainsi que la partie enchâssée, à l'âge de 5 à 6 ans, constitue la couronne (table ou surface triturante) des animaux plus âgés. Tenon a calculé et Girard a observé que les molaires du cheval qui, dans certaines circonstances, ne perdent rien par l'usure, peuvent acquérir une longueur de 15 à 16 centimètres.

Les replis de cortical ne se produisent sur la surface triturante et des parties voisines que dans les premiers stades de développement. Comme, d'autre part, cette portion de la dent disparaît avec l'âge, grâce à l'usure qui se fait sur la table, ces replis superficiels de cortical sont peu à peu isolés de leur lieu d'origine et figurent, *pendant quelque temps*, des îlots *centraux* de cortical, qui semblent indépendants du cortical latéral. A la suite du rasement, toute la portion superficielle de la couronne avec les îlots centraux disparaissent et il ne reste que la couronne que nous avons décrite et figurée avec des replis du cortical qui sont et resteront en relation avec le cortical latéral.

Quant à l'émail *central* que les classiques distinguent de *l'émail d'encadrement*, il n'existe pas à la réalité surtout si on l'attribue à la pénétration d'un cornet spécial de l'organe prédentaire, dit de l'émail. L'émail est toujours *extérieur* à la dentine dont il provient et occupe une situation interne par rapport au cortical.

1. *Ellenberger's Handbuch der vergl. mik. Anatomie*, t. III, 1911.

II. *Molaire d'un Bœuf jeune.* — La fig. 2 représente la photographie d'une section horizontale de l'arrière molaire de la mâchoire inférieure. La face interne, dirigée en haut, est limitée, en avant et en arrière, par un bord saillant relié chacun par un mince pédicule éburno-adamantin à un pilier hémisphérique. Ces derniers émettent, d'autre part par leur face centrale, des pédicules qui confluent dans l'axe de la dent pour former une colonne à faces excavées, d'où partent trois lames éburno-adamantines : l'antérieure et la postérieure vont joindre respectivement



Fig. 2. — *Coupe analogue de la molaire correspondante d'un bœuf jeune.*

les piliers externes de la molaire aplatis de dehors en dedans. La lame moyenne proémine dans le sillon ou cannelure de la face externe de la dent. Enfin les piliers externes envoient vers la face interne chacun un prolongement qui rejoint le bord saillant correspondant de la face interne. Entre chaque paire de piliers ou colonne, l'une externe, l'autre interne, existe un croissant de cément ou cortical qui se prolonge profondément jusque vers la racine.

Ces deux croissants de cortical sont centraux et sans relation avec le cortical périphérique qui engaine les par-

ties latérales de la dent et qui présente autant de parties épaissies qu'il y a de cannelures ou sillons à la surface de la dent.

Chaque pilier ou colonne montre un point ou une tache centrale correspondant à la papille ou à une division de la papille. Comme chez le Cheval, les ponts d'union ou pédicules qui relient entre eux ces piliers possèdent : 1° une traînée conjonctive, médiane, émanation des papilles ; 2° une double lamelle d'ivoire et 3° un revêtement d'émail. La partie enchâssée de la molaire se termine par deux racines et un examen attentif montre que chaque racine se compose de deux moitiés soudées, l'une externe, l'autre interne, pourvue l'une et l'autre d'une petite cavité remplie de pulpe. En d'autres termes, chaque papille ou division papillaire édifie un pilier ou colonne éburno-adamantine et reste par des prolongements papillaires et éburno-adamantins en connexion avec ses congénères. Les intervalles se remplissent de cortical.

Chez le Cheval et le Bœuf, la direction prédominante des lames éburno-adamantines est longitudinale, c'est-à-dire parallèle au grand axe du maxillaire. Si la papille dentaire présente quatre divisions, celles-ci continuent, comme les lames éburno-adamantines, à rester reliées entre elles, par des ponts d'union, de sorte que la molaire constitue un tout unique et partout continu.

Je passe sur la structure de la dentine et de l'émail, car elle est la même que celle des dents simples. Quant au *cortical des dents composées,* il mérite une courte mention, car il diffère tant soit peu sur la racine et la couronne. Il y forme une gaine épaisse d'environ un millimètre, sauf au niveau des sillons ou cannelures dans lesquelles il envoie des prolongements longs de 10 à 20 millimètres et larges de 4 à 6 millimètres. Le cortical *radiculaire* se développe aux dépens du ligament dentaire de la même façon que chez le Chien et l'Homme [1] : sur une épaisseur de 250 μ environ,

---

1. Voir *L'Odontologie,* 1920, p. 101.

les lames osseuses qui s'emboîtent, contiennent des cellules nucléées longues de 10 μ et larges de 7 à 8 μ avec un noyau de 3 à 5 μ. Les couches internes, c'est-à-dire contiguës à l'émail, ont des cavités osseuses, vides, c'est-à-dire dépourvues de cellules. A partir du collet, les cellules osseuses deviennent rares, puis disparaissent. Dans le cortical des cornets partant de la surface triturante, il en va de même.

Les vaisseaux sanguins existent dans le cortical radiculaire, et autour de quelques-uns de ces vaisseaux, j'ai observé un système de Havers. Dans le cortical coronaire, on rencontre des tubes qui me paraissent résulter de l'atrophie des vaisseaux sanguins.

En ce qui concerne le développement du cortical coronaire, A. Hoffmann [1] pense que, chez le Veau, il se forme, sur la couronne, parce que l'organe dit de l'émail ou prédentaire est atrophié au moment où la dent perce. Le tissu conjonctif constitue à la couronne une gaine protectrice qui n'est pas nécessaire aux dents simples encore coiffées de l'organe prédentaire. C'est là une hypothèse qui me semble en contradiction avec les faits. L'organe prédentaire a disparu lors de l'éruption de la dent simple revêtue seulement d'un émail mou qui ne tarde pas à disparaître. Ce qui manque sur la dent simple, c'est la couche de tissu conjonctif et vasculaire qui enclôt la dent compliquée. Comme cette dernière dent représente une masse d'une grande étendue, le tissu conjonctif qui l'enveloppe produit aussi bien du côté de la surface triturante que sur les côtés, des lamelles osseuses qui assurent une grande solidité à la jeune dent. Le cortical se développe bien plus tôt sur les dents composées que sur les dents simples. Une fois que la dent a percé, le cortical de la couronne ne représente que la portion du cortical radiculaire qui a été chassée avec la partie enchâssée hors de l'alvéole. Voilà pourquoi le cortical *primitif* de la couronne est vasculaire et contient des cellules nucléées, tandis que le cortical de la couronne ne

---

1. *Zetschrift f. wis. Zoologie*, 1.58, p. 600, 1894.

possède sur les Chevaux âgés que des tubes sans vaisseaux et des cavités osseuses sous cellules.

La durée fort longue d'un tissu sans cellules nucléées est un fait intéressant. Au point de vue général, il n'est pas moins important de noter que la dent composée est protégée contre les injures mécaniques et autres par un tissu d'origine *mésodermique*. Les classiques, F. Maurer [1] par exemple, assignent aux seuls éléments *ectodermiques* le rôle d'établir les relations de l'organisme avec le monde extérieur. Le cortical des dents composées constitue une gaine externe, et, comme le bois des Cerfs, il sert d'enveloppe protectrice à ces organes.

Tout en ne possédant que des noyaux atrophiés et des cavités vides, le cortical coronaire est un exemple de tissu doué d'une certaine vitalité comme les éléments cornés de l'épiderme ; quoique d'origine mésodermique, il protège l'organisme aussi bien et même mieux que ces derniers : tels sont les faits que nous devons retenir bien qu'ils soient contraires aux théories spécifistes des classiques.

III. *Molaire de Cobaye.* — Haute ou longue de 10 millimètres, moitié moins large et d'un diamètre antéro-postérieur de 3 à 4 millimètres, elle présente des échancrures ou cannelures sur les côtés avec quelques légères cannelures sur la surface triturante.

Une coupe horizontale et transversale, passant par le milieu de la couronne (fig. 3) d'une molaire supérieure, montre les parties suivantes : 1° une échancrure externe (1) ; 2° une échancrure interne (2). En avant de chaque échancrure, se trouve une lame d'ivoire et d'émail, de même qu'une lame éburni-adamantine limite en arrière chacune des échancrures. Ces deux lames éburni-adamantines ne sont pas indépendantes, car, vers la face externe, en 1, elles se continuent l'une avec l'autre en formant un repli à trajet antéro-postérieur. Le cortical donne un revêtement à toute

1. *Grandzüge der vergl. Gewebelehre*, 1915, p. 69.

la dent ; de plus, il envoie un prolongement dans chacune des échancrures, interne et externe.

Chaque lame ou repli est constitué : 1° par un axe aplati de tissu conjonctivo-vasculaire ou lamelle papillaire (5) ;

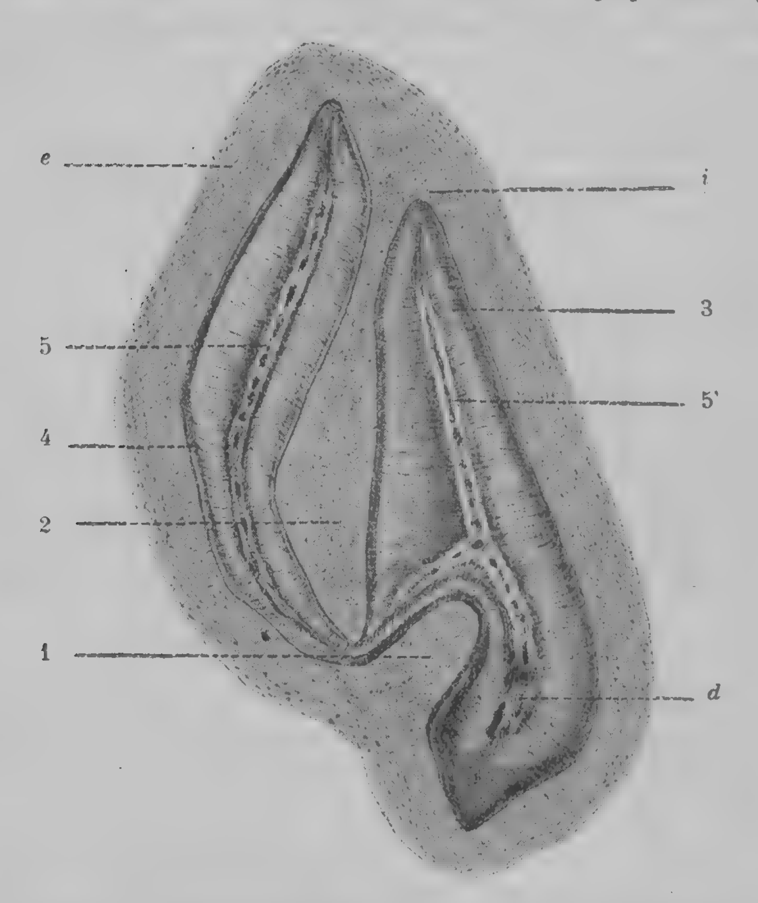


Fig. 3. — *Coupe transversale et horizontale d'une molaire de Cobaye.*

1, échancrure de la face externe : 2, échancrure de la face interne : ces échancrures sont remplies de cortical ; *3*, lame d'ivoire ; *4*, lamelle d'émail ; *5* et *5'*. pli, lame ou irradiation de la papille ; *e*, face externe ; *i*, face interne ; *d*, branche externe de bifurcation de la papille.

2° par une lamelle d'ivoire (3) revêtant chacune des faces de la papille ; 3° par une couche d'émail (4), contiguë au cortical.

Si nous partons de la face postérieure (molaire supérieure), nous voyons la papille dentaire commencer à la

face interne ou linguale (*i*) de la mâchoire sous la forme d'une lamelle verticale (5), aplatie d'avant en arrière. De ce point, elle se dirige transversalement vers la face externe de la mâchoire. En cet endroit, la papille toujours lamelliforme se plie à angle droit (1) pour se diriger en avant et parallèlement à la face externe de la mâchoire. Après s'être coudée en dedans, la papille se bifurque en une branche interne (5') plus longue, et une branche externe, plus courte (*d*), qui forme la limite antérieure de la cannelure externe.

La papille d'une molaire inférieure se comporte de même, mais en sens inverse, car elle débute simple à la face externe de la mâchoire et finit par se bifurquer à la face interne de cette dernière. Cette papille lamelliforme ou foliée, édifiant de la dentine sur ses deux faces, et la dentine se transformant à la périphérie en émail, les replis éburno-adamantins présentent une conformation et un trajet identique à ceux de la papille. La surface et les intervalles entre les replis éburno-adamantins sont revêtus et comblés par le cortical ou cément.

Il va de soi que le bord libre (tourné vers la surface triturante) de la papille plissée, de même que le sommet d'une papille conique et simple, élabore de la dentine, de sorte que, du côté de la surface triturante, il existe une série de lames continues de dentine et d'émail, séparées par autant de lames de cortical. Autrement dit, la dentine élaborée par le bord libre réunit en ce point les deux lames de dentine, édifiée chacune par l'une des faces du pli. De telle sorte, la dent composée semble ne se distinguer de la dent simple par une papille plissée qui se comporte comme une papille simple. Cette dent est renforcée par des prolongements du cortical qui enveloppent la dentine et l'émail et comblent les sillons creusés à la surface de la dent.

Le cortical de la molaire du Cobaye n'est qu'une portion modifiée du tissu conjonctif inter-dento-maxillaire. Ce dernier se compose de tissu conjonctif à faisceaux transversaux ou horizontaux ; mais, à sa face interne, il montre des

assises de cellules vésiculeuses. De plus, on y voit, en de nombreux points, des îlots de cartilage hyalin (fig. 4). Les deux prolongements que ce tissu inter-dento-maxillaire envoie entre les replis éburno-adamantins sont essentiellement formés de tissus vésiculeux et de cartilage hyalin

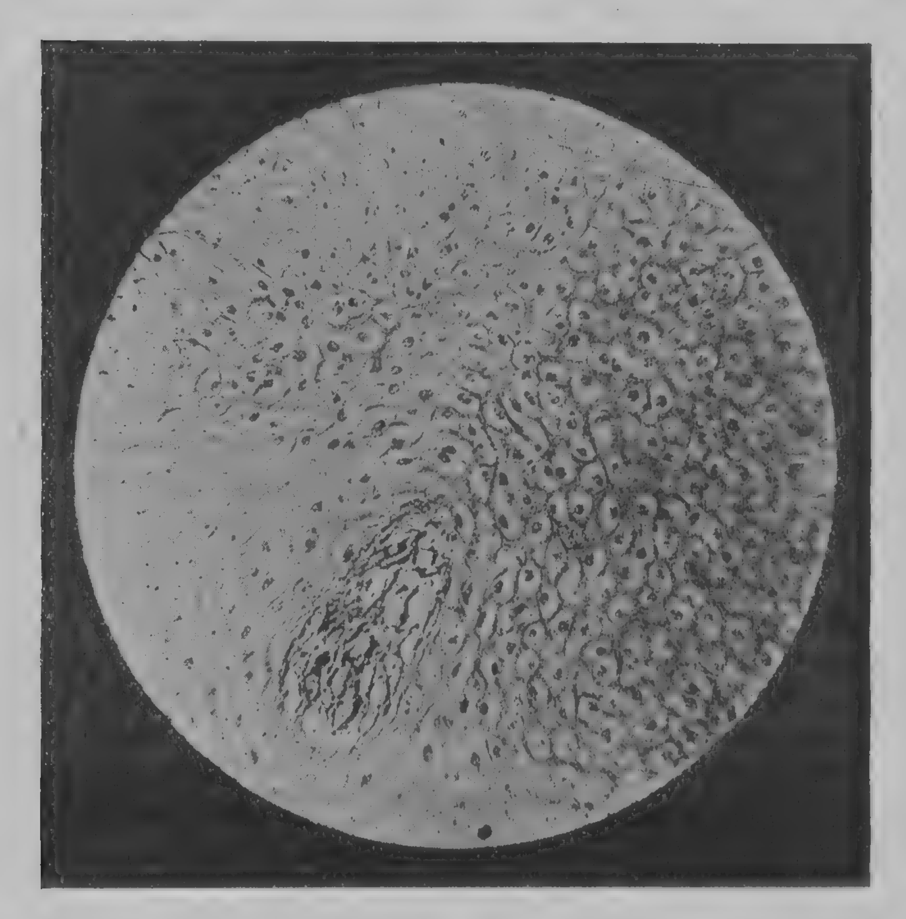


Fig. 4. — *Cortical d'une molaire de Cobaye.*

calcifié. Les cellules vésiculeuses de 10 à 12 μ ont un protoplasma clair, peu colorable et un noyau de 4 à 5 μ, très chromatique. Ces cellules anguleuses ou polyédriques sont intimement juxtaposées et séparées les unes des autres par une cloison mitoyenne de 1 ou 2 μ qui est très hématoxylénophile (fig. 4). Le tissu du cortical rappelle

de très près celui que j'ai décrit[1] et figuré dans le squelette embryonnaire et qui représente un stade de transition entre le tissu mésodermique jeune, précurseur du cartilage hyalin et le cartilage hyalin définitif. L'aspect de ce tissu, figuré en 4, est celui d'un épithélium polyédrique dont les lignes dites intercellulaires représenteraient les premiers indices ou ébauches de substance fondamentale.

En effet, dans le squelette embryonnaire, on voit apparaître, en dehors de ces lignes ou capsules, une masse transparente qui fixe énergiquement l'hématoxyline et qui, en augmentant, transforme une partie du tissu vésiculeux en cartilage hyalin.

La figure 4 est une microphotographie d'un point du cortical; au centre du cartilage hyalin se trouve un îlot de tissu conjonctif vasculaire.

(A suivre).

---

1. *Journal de l'Anat.* etc., 1900, p. 469, fig. 2.

ÉTUDE SUR L'IVOIRE PLASTIQUE
APPLICATIONS A L'ART DENTAIRE

Par M. EILERTSEN.

Communication à la Société d'Odontologie, 6 juillet 1920)

L'ivoire plastique que j'ai l'honneur de vous présenter est une matière nouvelle, en ce qui concerne notre profession. Ses propriétés remarquables m'ont paru dignes d'attirer votre attention, car elles donnent la solution de problèmes restés insolubles jusqu'ici, dont l'étude complète nous entraînerait à des développements trop étendus ; étant donné le temps restreint dont nous avons à disposer, je me contenterai pour ce soir de vous présenter ce produit, en indiquant sommairement ses propriétés, ainsi que ses applications au point de vue dentaire.

J'ai baptisé le produit dont je vous soumets quelques échantillons « *ivoire plastique* » parce qu'il rappelle l'ivoire aux points de vue de la dureté, de la couleur, de la translucidité et de l'élasticité : c'est un produit de condensation formé par la combinaison du phénol et du formol en présence d'acides, réaction connue depuis longtemps, mais que l'on n'était jamais arrivé à rendre pratique ; c'était un produit de couleur indécise très foncé, plus ou moins poreux, qu'on obtenait au moyen d'un chauffage plus ou moins prolongé.

Prévoyant tous les services que ce produit pourrait nous rendre dans notre profession, j'en ai modifié la formule de façon à l'adapter à nos besoins, et j'obtiens maintenant un produit couleur ivoire, parfaitement homogène, sans porosités, se moulant parfaitement et durcissant à une faible chaleur et même à froid.

Au point de vue chimique, il est inattaquable par tous les acides et alcalins lorsqu'il est complètement dur.

Comme l'ivoire, il peut être travaillé à la lime, au tour, et sculpté.

Il durcit aussi bien dans l'eau qu'à sec, aucune humidité ne peut le désagréger, et il devient de plus en plus dur avec le temps.

Il se moule admirablement sur toutes les surfaces unies et inattaquables par les acides ; aucune matière ne permet de prendre des empreintes d'une si grande finesse. Par contre, il adhère fortement aux surfaces poreuses en pénétrant dans toutes les porosités.

Il se colore en toutes nuances et peut être rendu plus ou moins transparent.

Il est ininflammable et supporte une température assez élevée, 250 degrés environ, en devenant de plus en plus dur et cassant, et prenant une teinte de plus en plus foncée; au delà de cette température, il commence à se carboniser.

C'est un isolant parfait de la chaleur et de l'électricité.

Il est susceptible de se souder à lui-même, c'est-à-dire que sur de l'ivoire plastique déjà durci on peut ajouter de l'ivoire plastique à l'état pâteux, lequel, une fois durci lui-même, se trouve soudé à l'ivoire plastique précédent.

Il ne subit aucun retrait en durcissant.

Il est doué de propriétés antiseptiques : dès qu'on le lime, l'odeur du formol devient perceptible ; mais à l'état de dureté et bien nettoyé, il n'a ni odeur ni saveur.

Après cet aperçu rapide des propriétés de l'ivoire plastique qui peuvent en rendre les applications nombreuses, j'énumérerai rapidement celles qui peuvent nous intéresser.

Nous sommes tous d'accord sur ce point que, dans notre profession, on ne fait jamais trop d'antisepsie ; malheureusement sur plusieurs points, c'est un vœu purement platonique, que nos moyens actuels rendaient irréalisable jusqu'ici, principalement en ce qui concerne les scellements en général et les appareils en vulcanite.

Obturations.

L'ivoire plastique durcissant dans la salive plus rapidement même qu'à l'air et n'étant attaquable par aucun acide, remplace avantageusement le ciment dans un grand

nombre de cas, particulièrement en ce qui concerne les caries du collet ; c'est même la seule matière qui puisse donner satisfaction dans ce cas pour plusieurs raisons : l'or et l'amalgame sont trop bons conducteurs, tous les ciments se désagrègent rapidement, les fermentations acides étant particulièrement actives à ce niveau ; l'ivoire plastique, une fois introduit dans la cavité rendue rétentive comme pour une obturation métallique, dure indéfiniment, puisque ces fermentations acides qui désagrègent le ciment ne font, au contraire, que le durcir davantage, et que l'on peut brosser indéfiniment avec la brosse à dent sans l'user.

De plus, la récidive de la carie entre les bords de la cavité et l'obturation est très rare, étant donné l'antisepsie énergique produite par la combinaison du phénol et du formol au moment de l'introduction qui n'est pas douloureuse, grâce à l'action anesthésique de l'acide phénique ; la sensibilité de la dentine se trouve même atténuée par l'action du formol qui durcit aussi la dentine ramollie qui reste parfois à la suite d'un nettoyage incomplet de la carie, la pulpe demeurant parfaitement saine.

L'ivoire plastique étant aussi un isolant parfait, les sensations thermiques ne sont pas perçues, et après un certain temps, il arrive presque à se confondre avec la dent.

Il est toujours indiqué lorsqu'il y a une reconstitution à faire en contact avec la gencive, soit qu'une dent soit cariée très profondément, soit qu'une racine soit brisée ou perforée ; j'ai toujours constaté qu'il se comportait beaucoup mieux que le ciment ou l'amalgame, lesquels se comportent toujours comme des corps étrangers ; l'ivoire plastique, au contraire, paraît être toléré comme la substance organique qui manque et se substituer complètement à elle. J'ai pu, par ce procédé, réunir avec succès les racines complètement divisées de dents ; l'ivoire plastique s'appliquant directement sur les tissus mous et reconstituant les parties dures.

Scellements.

Les inconvénients qui existent pour les obturations au

ciment, existent à plus forte raison en ce qui concerne les scellements, principalement les scellements de couronnes et de bridges.

Théoriquement; la dent doit être taillée de telle sorte que les bords de la couronne doivent s'adapter exactement au collet de la dent ; dans la pratique, il n'en est jamais ainsi, et si parfait que soit l'ajustage, qui laisse d'ailleurs souvent à désirer pour une cause ou pour une autre, il y a toujours du vide, si petit qu'il soit. Ce vide est comblé au début par du ciment, mais celui-ci, soumis à l'action des fermentations acides de la région péri-cervicale, se désagrège plus ou moins vite, d'où formation de vides créant autant de foyers d'infection aux collets des dents, risquant de provoquer de la pyorrhée, lorsque celle-ci n'existe pas encore, ou l'aggravant lorsqu'elle existe déjà.

Lorsqu'il s'agit d'un bridge, les difficultés d'adaptation étant plus grandes, les vides sont plus considérables, et il m'est arrivé parfois, sous certaines couronnes de bridges, de constater la disparition complète du ciment et même de la racine, de ne plus trouver qu'une vaste cavité remplie de débris de toutes sortes en pleine décomposition.

Cela ne peut arriver avec l'ivoire plastique, à cause de sa résistance au point de vue chimique, de ses propriétés antiseptiques et de sa résistance mécanique qui, après essais, a donné une résistance minimum quinze fois supérieure au meilleur ciment.

Nous connaissons tous les difficultés qu'il y a souvent à sceller un grand bridge à l'abri de la salive : pendant qu'on sèche d'un côté, la salive envahit l'autre côté déjà séché ; d'autre part, comme l'on craint que le ciment ne durcisse trop vite, on ne le fait pas assez compact ; il en résulte un scellement déplorable à tous les points de vue, et souvent le bridge reste fixé en certains points et devient mobile sur d'autres, soit que le ciment n'ait pas eu la consistance voulue, qu'il ait été trop vite mouillé par la salive, ou même qu'il n'ait pas la résistance mécanique suffisante, provoquant ainsi une infection intense et permanente.

Rien de tout cela n'est à craindre avec l'ivoire plastique qui durcit aussi bien et même plus rapidement dans la salive qu'à sec : lorsque l'on reconnaît l'impossibilité de sécher, l'on peut même s'en dispenser, et si les rétentions sont bien faites, le bridge sera d'une solidité à toute épreuve, et il n'y aura jamais de vides, contrairement à ce qui se passe avec le ciment ; le peu de salive qui se trouve emprisonné rentre en combinaison avec l'ivoire plastique, grâce aux substances hygrométriques qu'il contient ; d'ailleurs, cette salive, au lieu de produire de l'infection, ne peut qu'être stérilisée elle-même par l'action toute puissante du formol combiné au phénol, et cette action est telle que si l'on descelle une couronne fixée à l'ivoire plastique en la fendant en deux parties, suivant le procédé classique, on ne trouve pas d'odeur, tandis qu'en descellant dans les mêmes conditions une couronne fixée au ciment, même la mieux scellée, on constate toujours une odeur très désagréable.

On peut activer le durcissement de l'ivoire plastique et obtenir un durcissement complet immédiat, en touchant la couronne, ou l'inlay scellé, avec un cautère rougi ; au bout de quelques minutes, il devient impossible d'arracher la couronne ou le bridge, qu'ils aient été scellés dans la salive ou à sec.

Pour les attelles de reconsolidation des dents branlantes de pyorrhéiques, encore plus que pour les bridges, l'ivoire plastique est la véritable matière de scellement, pour les raisons indiquées ci-dessus, et surtout à cause de la supériorité de sa résistance, car, ayant affaire à des dents branlantes, celles-ci, qui ne peuvent supporter les efforts de la mastication que grâce à l'appareil de consolidation, ont encore une tendance bien plus grande à se desceller.

En résumé, les scellements à l'ivoire plastique, et je n'en pratique plus guère d'autres, permettent d'étendre considérablement l'emploi des bridges et des couronnes, dont il permettra l'application dans un grand nombre de cas où le ciment se montre insuffisant, grâce à sa résistance chimique, sa résistance mécanique et ses propriétés antiseptiques.

J'ai même pu exécuter instantanément des bridges entiers en ivoire plastique, solides, sur des racines contiguës, en y fixant un bloc à l'état plastique que je modelais pendant le durcissement.

C'est également la matière de choix pour le scellement des inlays, pour les mêmes raisons que pour les couronnes ; en effet, si l'inlay est mal ajusté et qu'il y ait du vide, cela n'a aucune importance, l'ivoire plastique est là pour remplir ces vides d'une façon définitive, sans crainte de récidive, entre l'obturation et les bords de la cavité.

Appareils amovibles.

En ce qui concerne les appareils amovibles, particulièrement ceux en vulcanite, l'ivoire est appelé également à rendre de grands services à plusieurs points de vue, aux points de vue hygiène, résistance et esthétique.

En ce qui concerne l'hygiène, je me permets de rappeler l'étude comparée que le Docteur Frankel, à ma demande, a faite sur les différentes matières plastiques employées en prothèse dentaire, caoutchouc rouge, caoutchouc noir et celluloïd, au point de vue de la facilité avec laquelle elles laissent se former à leur surface des colonies microbiennes.

Il en résulte que celles-ci, plus nombreuses sur le caoutchouc rouge que sur le caoutchouc noir, furent à peu près nulles sur le celluloïd, grâce à l'action antiseptique du camphre rentrant dans sa composition.

Plus tard, constatant l'altération du celluloïd coloré au vermillon au voisinage des racines où les fermentations sont les plus actives et sa décoloration, j'eus la pensée que le vermillon pouvait bien ne pas être aussi inaltérable qu'on le croyait, que, sous l'action des fermentations, il pouvait se décomposer, et je chargeai un autre chimiste, M. Bruhat, d'élucider cette question.

Il résulte de cette étude, décrite tout au long dans mon livre sur les dentiers, que le vermillon est inattaquable par l'acide azotique et l'acide chlorhydrique pris isolément, qu'il n'est attaqué qu'à chaud par l'acide sulfurique concentré, le

carbone, l'hydrogène, les alcalis, les carbonates alcalins et quelques oxydes.

Par contre, il est attaqué à froid par le chlore, le brome et l'iode; la teinture d'iode et même simplement l'eau iodée attaquent à la température ordinaire le vermillon et la vulcanite.

Il est également attaqué par les sulfures alcalins et alcalino-terreux, sulfure de baryum et monosulfure de sodium ; il est à remarquer que les fermentations buccales dégagent de l'hydrogène sulfuré, en présence de la salive alcaline.

Il est attaqué d'une façon continue par les fermentations microbiennes de la bouche, et d'autant plus que ces fermentations sont plus actives : on sait d'ailleurs que les fermentations microbiennes sont capables de produire des transformations impossibles à des réactifs en apparence autrement énergiques.

Tout cela est du domaine de la chimie, mais quand bien même on ne voudrait pas tenir compte de l'action toxique produite par de faibles doses de sels mercuriels solubles résultant de la décomposition du vermillon, conformément à la théorie du Professeur Maurel, de Toulouse, cette décomposition n'étant pas moins nettement établie, il en résulte une porosité s'accentuant de plus en plus avec le temps, surtout dans les appareils en caoutchouc rouge qui manquent d'homogénéité, le colorant n'étant pas dissous dans le caoutchouc, mais simplement en suspension ; et c'est une des raisons qui ont toujours fait préférer le caoutchouc noir au rouge, chaque fois que la question d'hygiène a été mise en avant.

Il en résulte la formation d'une quantité de plus en plus grande de pores qui constituent autant de nids et de retraites inaccessibles, où peuvent évoluer à leur guise les microbes de la bouche.

On conviendra que, même la question de toxicité à part, nous sommes loin de l'antisepsie désirée, si nécessaire surtout lorsqu'il s'agit de pyorrhée.

Il est un autre inconvénient du caoutchouc, que j'ai signalé dans la communication que j'ai faite sur ce sujet il

y a maintenant 10 ans : c'est la production d'hydrogène sulfuré qui, en se frayant un passage pour s'échapper, contribue également à la formation de porosités ; cette porosité existe toujours, mais, si la cuisson est bien réglée, elle est imperceptible à l'œil nu et nous savons tous que c'est la cuisson du caoutchouc noir qui est la plus délicate ; en contenant plus de gomme, il contient également plus d'hydrogène sulfuré ; si la cuisson est mal réglée, la production de l'hydrogène sulfuré, par rapport à l'échappement, devient trop grande et les porosités deviennent alors perceptibles et forment des cavités plus ou moins étendues, dégageant une odeur nauséabonde d'hydrogène sulfuré.

J'ai démontré également que l'hydrogène sulfuré, qui existe toujours dans les appareils en vulcanite noire ou rouge colorés au vermillon, était absorbé au fur et à mesure de sa production, dans les vulcanites colorées au carmin et à l'alizarine. Cette matière colorante absorbe l'hydrogène sulfuré au fur et à mesure de sa production, et, entre autres qualités, ces appareils n'étaient jamais poreux.

La preuve de la suppression de l'hydrogène sulfuré a été établie une première fois au moyen d'un manomètre à air libre et, une deuxième fois, au moyen d'une solution d'acétate de plomb.

Par suite de cette suppression de l'hydrogène sulfuré, les bases en vulcanite colorées aux laques de carmin et d'alizarine étaient bien moins poreuses que celles colorées au vermillon et n'exhalaient pas l'odeur désagréable de ces dernières, provenant des fermentations microbiennes et de la décomposition des matières organiques à leur surface, ainsi que du dégagement d'hydrogène sulfuré. Cette différence de porosité étant soumise aux mêmes fermentations, dans les mêmes conditions, les bases colorées au vermillon perdent trois fois plus en poids que celles colorées au carmin, d'après les expériences de Bruhat.

Je rappelle ici ces travaux déjà anciens, dans le but de mieux faire comprendre l'utilité du procédé employé pour remédier à ces inconvénients, au moyen de l'ivoire plas-

tique, tout en respectant les habitudes anciennes, et en continuant l'usage du vermillon comme colorant, qui a un droit incontestable d'ancienneté.

La solution est bien simple : il suffit, en effet, d'appliquer une couche de vernis d'ivoire plastique sur la partie non polie, en contact avec la muqueuse buccale, pour obtenir une surface homogène, brillante, glacée, aseptique, se nettoyant avec la plus grande facilité, supprimant du même coup les porosités, l'odeur de l'hydrogène sulfuré et arrêtant la décomposition du vermillon, ainsi que les phénomènes pathologiques consécutifs au port des appareils en caoutchouc ; ce vernis d'ivoire plastique est très adhérent, car il pénètre dans toutes les anfractuosités qui forment autant de rétentions et, ainsi que je l'ai signalé déjà pour les scellements comme résultat immédiat, supprime à peu près complètement l'odeur si peu aromatique des appareils courants en vulcanite.

L'adaptation n'est pas modifiée par cette pellicule d'ivoire plastique, et un appareil s'adapte aussi bien sur le modèle après le vernissage qu'avant.

Ce vernissage complique bien un peu le travail, mais étant donné les avantages qui en résultent, il est à souhaiter qu'il soit pratiqué couramment, dans l'intérêt des porteurs de dentiers en vulcanite.

Je passerai rapidement en revue quelques autres applications de l'ivoire plastique.

De même que l'on émaille la surface de l'appareil en contact avec la muqueuse, on peut aussi modifier cette surface instantanément, lorsque, par suite de résorption alvéolaire due à des extractions ou à d'autres causes, l'adaptation est devenue imparfaite.

Il suffit d'étendre sur cette surface de l'ivoire plastique à l'état pâteux, qui s'y fixe, et d'appliquer l'appareil sur la muqueuse, pour en avoir l'empreinte parfaite et une adaptation exacte : ces cas se présentent très fréquemment.

Pouvant se colorer en toutes nuances, il permet de faire de la gencive artificielle de toutes les teintes et même de recouvrir des palais entiers, ce qui augmente la rigidité de

la plaque sans la déformer, l'ivoire plastique n'ayant pas de retrait et étant suffisamment élastique.

Ayant la couleur de l'ivoire, il est tout indiqué pour les dents artificielles, en remplacement du caoutchouc blanc ; de cette façon, l'imitation des dents naturelles sera infiniment mieux réussie, et la résistance beaucoup plus grande.

On peut même, dans des cas d'articulation trop basse, employer des dents entièrement en ivoire plastique : par ce moyen, on n'est plus limité par la hauteur comme pour les dents en porcelaine ; on peut les faire aussi petites que l'on veut, avec la certitude qu'elles ne casseront jamais. Le procédé de fixation est des plus faciles, il suffit simplement de les coller sur la plaque avec le produit lui-même à l'état pâteux, et de chauffer quelques minutes pour qu'elles soient d'une solidité à toute épreuve.

Comme je l'ai déjà dit, on peut obtenir avec l'ivoire plastique les empreintes les plus fines, ce qui permet d'exécuter toutes sortes de modèles, de faire des reconstitutions faciales, etc.

D'autre part, la beauté et l'éclat des couleurs incorporées à l'ivoire plastique et la propriété qu'a celui-ci de se souder à lui-même permettent de faire les teintes les plus variées et ineffaçables.

Au point de vue électricité, étant un isolant parfait, il peut être employé sous toutes les formes, mais ici, nous commençons à sortir de notre cadre.

Pour conclure, l'ivoire plastique, pour les raisons que j'ai indiquées et que je résume ci-après, est la matière de choix pour tous les scellements et même pour un grand nombre d'obturations. En ce qui concerne ces dernières, la question de coloration est encore à mettre au point.

On peut le faire durcir suivant les besoins, lentement, rapidement, à volonté ; on a tout le temps et toutes les facultés pour sceller le plus grand bridge.

Il n'est pas nécessaire de tenir compte de la salive, ce qui est particulièrement précieux pour les bridges de la mâchoire inférieure où il est souvent impossible de sécher.

Il permet d'obtenir un joint qui reste toujours parfait, ce qui

n'est pas le cas avec toutes les autres matières de scellement.

Il est antiseptique et la récidive de la carie est bien moins fréquente avec l'ivoire plastique qu'avec les autres matières d'obturation, qui ne le sont pas.

Chimiquement, il est inaltérable par les acides et les alcalins ; loin de se désagréger avec le temps, comme le ciment, sous les couronnes et les bridges, il durcit au contraire de plus en plus.

Au point de vue mécanique, il est au minimum quinze fois plus résistant que le meilleur des ciments et il permet le scellement de nombreuses couronnes et bridges impossibles avec le ciment.

Il est admirablement toléré par les tissus mous.

Il est isolant, et, au lieu d'exaspérer la sensibilité d'une dentine sensible, comme l'or et l'amalgame par leur conductibilité, ou, comme le ciment, il atténue cette sensibilité par l'acide phénique qu'il contient, et la met à l'abri des influences thermiques.

On ne constate pas la mauvaise odeur si fréquente dans les bridges, lorsque le ciment inerte, n'ayant aucune propriété antiseptique, se désagrège, et que de nouvelles cavités se forment, servant de réceptacle à des produits de fermentation de toutes sortes, ce qui entraîne la formation d'autant de foyers d'infection avec toutes leurs conséquences.

L'ivoire plastique, sous forme de vernis, donne aux appareils en vulcanite, quels qu'ils soient, l'innocuité qui leur fait défaut, car il fournit la possibilité d'obtenir des surfaces en contact avec la muqueuse, parfaitement homogènes, aseptiques, et sans solution de continuité, résultat qu'il est impossible d'obtenir autrement.

Il présente encore d'autres avantages, notamment en ce qui concerne les faces triturantes des dentiers, les dents artificielles et les reconstitutions faciales, etc..., car, pouvant être moulé, sculpté, et reproduire en toutes nuances les objets les plus délicats, les applications peuvent en être nombreuses.

REVUE DES REVUES

EMPLOI DES RAYONS X COMME AIDE DANS LE DIAGNOSTIC

Par GILLESPIE Enloe.

Retards d'évolution.

Dans les cas d'évolution tardive la radiographie est employée pour déterminer la présence ou l'absence d'une dent n'ayant pas évolué. Avant de placer un bridge pour une canine absente par exemple, il est prudent de prendre une radiographie. On évite ainsi de s'exposer à voir la canine évoluer sous l'appareil.

Persistance des dents temporaires.

Il est très important d'être renseigné sur l'état des dents temporaires persistant chez nos patients. Une radiographie renseignera sur l'opportunité du traitement de l'obturation, de l'extraction.

Développement des racines des dents permanentes.

La radiographie permet de se rendre compte de l'état de développement des racines. Ce renseignement est très important chez les enfants de 6 à 8 ans se présentant avec la première grosse molaire cariée; suivant l'état de développement des racines on peut être conduit au traitement complet avec obturation des canaux, au traitement temporisateur ou à l'extirpation. De même la question se pose pour les dents antérieures fracturées, si la racine est développée complètement nous ferons tout de suite la restauration après extirpation de la pulpe, sinon nous attendrons un an ou deux, nous contentant d'un ciment provisoire.

Dents incluses.

Dans le cas de dents incluses la radiographie est d'un secours inappréciable pour l'extraction. Elle permet de faire comprendre au patient combien peut être difficultueuse une extraction, en particulier celle de la troisième molaire.

Obturation des canaux. Perforations.

La radiographie permet de voir si les canaux ont été ouverts et élargis, elle permet dans les cas de canaux tortueux de se rendre compte de l'emplacement du cône de gutta-percha.

Un grand nombre de perforations auraient été évitées si nous avions étés fixés d'avance sur la direction des canaux. Si les racines sont anormalement courtes, la radiographie nous mettra en garde. Si elles sont anormalement longues, elle nous engagera à persévérer dans notre travail.

Abcès alvéolaires.

La radiographie est indispensable pour localiser un abcès alvéolaire. Un patient est venu consulter pour une dent Richmond qui paraissait être la cause d'un abcès chronique, la radiographie permit d'incriminer la racine voisine, il s'agissait d'un dentiste difficile à convaincre autrement.

La radiographie permet dans les abcès anciens de déterminer l'étendue des lésions osseuses et dentaires.

Résection des racines.

La radiographie permet d'avance de régler l'opération d'après l'étendue des lésions révélées.

Localisation des corps étrangers.

La radiographie est d'un secours précieux dans la localisation des corps étrangers tels qu'une broche dans un canal, ou qu'un fragment de cure-dent dans la membrane prédentaire.

Un des cas les plus délicats fut celui d'un homme souffrant de névralgie sans cause apparente. La radio montra une ombre le long de la racine médiane de la 3e molaire. L'interrogatoire du patient révéla que celui-ci avait coutume de se servir de cure-dents en bois. Au cours de l'extraction de la 3e molaire un morceau de cure-dent fut trouvé enfoui dans le ligament de la 3e molaire.

Recherche des fragments de dents après extraction.

La radiographie permet de fixer rapidement un patient qui vient consulter après une extraction. Elle révèle immédiatement un fragment de racine et évite ainsi une recherche souvent longue et pénible dans des tissus enflammés.

Diagnostic de la fracture des racines.

Après un traumatisme la radiographie permet de constater s'il y a ou non fracture des racines. Ce renseignement est de la plus haute importance avant de commencer le traitement. Dans un cas elle révèle la fracture d'une incisive centrale au niveau de l'apex. Après résection de cet apex la dent peut être conservée.

Contrôle de la dimension et de la forme des racines des dents devant être couronnées.

Ce renseignement est des plus importants dans la construction d'un bridge de quelque étendue.

Elargissement des canaux pour les pivots.

La radiographie est dans ce cas une sauvegarde : s'il arrive que l'on perde la direction du canal, une radiographie permet de contrôler la direction de notre élargissement et peut nous éviter une perforation.

Examen des zones inflammatoires autour des bridges.

La radiographie permet de déceler les parcelles de ciment, cause fréquente d'irritation. Elle peut révéler la présence de dents incluses, de racines ayant passé inaperçues.

Fractures.

Dans le cas de fracture de maxillaire la radiographie s'impose. L'examen par la vue et par la palpation devient difficile à cause de l'œdème qui accompagne la fracture. La radiographie permet de localiser d'une façon précise le trait de fracture et les relations avec les organes voisins, dents, etc...

Trismus.

Dans ce cas la radiographie supplée avantageusement à l'examen oculaire toujours incomplet.

Preuve du travail accompli.

La radiographie peut être un témoignage précieux du travail accompli ; en cas de complication survenant à la suite d'une extraction, elle peut éliminer d'une façon formelle toute contestation.

Conclusion.

Le meilleur argument en faveur de l'usage de la radiographie en dentisterie est qu'elle fournit une évidence que personne ne peut contester ou nier et qu'elle apporte la lumière sur des faits cachés qui ne peuvent être révélés d'aucune autre manière (*Dental Cosmos*, avril 1915, p. 409).

TRAITEMENT DE LA GINGIVITE INTERSTITIELLE ET DE LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

Par Eugène S. TALBOT.

Conclusions.

1° L'évolution de la tête, de la face et des maxillaires a fait que le procès alvéolaire est devenu plus susceptible aux maladies. Les procès alvéolaires sont plus longs et plus minces, leur vascularisation est diminuée.

2° Le procès alvéolaire est un organisme doublement transitoire.

3° Le procès alvéolaire est un organe terminal.

4° La dent, autant que la pyorrhée la concerne, est un corps étranger.

5° Le procès alvéolaire, lorsqu'il a terminé sa croissance après la seconde dentition, devient un organe sénile ; alors commence une résorption osseuse à marche lente qui se continue au cours de la vie.

6° Le procès alvéolaire adulte perd sa vitalité, sa résistance est amoindrie et l'irritation et l'inflammation attaquent les tissus.

7° Toute maladie constitutionnelle diminue la vitalité du procès alvéolaire.

8° La maladie qui attaque les gencives et le procès alvéolaire est divisée en inflammation et infection purulente.

9° Le processus inflammatoire est dû à l'irritation à la fois locale et constitutionnelle.

10° L'infection comme cause d'inflammation et de résorption n'a pas encore été démontrée.

11° L'inflammation précède toujours l'infection purulente.

12° L'irritation et l'inflammation peuvent commencer au collet à l'extrémité apicale ou en tout autre point intermédiaire, d'où le terme de gingivite interstitielle.

13° Tout animal, l'homme compris, qui a deux dentitions, est atteint de pyorrhée à un degré plus ou moins élevé après l'éruption de la première dentition.

14° Plus l'animal vit en contact avec la nature, moins il est susceptible de contracter la maladie ; d'autre part les animaux sauvages domestiqués y sont très sensibles.

15° Il n'y a environ que 10 0/0 à 15 0/0 d'hommes qui sont atteints d'infection purulente.

16° En dehors des dépôts calcaires la dentisterie moderne a causé plus d'inflammation et de résorption alvéolaire que toute autre cause.

17° Les dépôts trouvés sur les racines des dents (tartre excepté) sont produits par le procès alvéolaire résorbé et ne sont pas des dépôts sériques.

18° La résorption osseuse est un phénomène naturel différent de la carie. Je l'ai nommée ostéomalacie juvénile ou sénile suivant l'âge du patient.

19° La maladie est progressive, elle n'est jamais guérie dans le sens où d'autres maladies du corps sont guéries.

20° Le procès alvéolaire une fois détruit n'est jamais remplacé lorsque le patient a atteint son développement.

Traitement.

1° Emploi de l'iode pour la destruction des germes et le nettoyage de la bouche avant le grattage.

2° Emploi de la brosse au massage des gencives et bain de bouche 3 fois par jour.

3° La brosse douce est inutile dans le traitement de la maladie.

4° La brosse destinée au massage gingival doit être faite avec les soies les plus dures et non blanchies.

5° La brosse a dents ordinaire n'atteint pas le bord gingival.

6° Supprimer tous les irritants locaux et constitutionnels.

7° Par la suppression des dépôts autour des racines des dents le pus cesse d'exister.

8° S'assurer que le patient est en bonne santé.

9° Mettre les organes d'élimination dans une condition normale.

10° Libérer les gencives et le procès alvéolaire du sang stagnant. Ceci peut être réalisé en sacrifiant les gencives et en décongestionnant les tissus par l'enlèvement des dépôts et par une action vigoureuse de la brosse destinée au massage des gencives.

11° Porter les tissus à un état de bonne santé.

(*Dental Cosmos*, mai 1915.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 *juillet* 1920.

Présidence de M. Blatter.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Le Président présente les excuses de MM. Henri Villain et Ruppe, empêchés d'assister à la réunion. Il ajoute :

Je souhaite la bienvenue à un confrère, le Dr Charron, envoyé par l'Université de Montréal comme délégué canadien, au congrès de Strasbourg. Il est venu à l'Ecole visiter nos différents services et nous a confirmé à nouveau les liens d'amitié qui unissent l'Ecole de Montréal à la nôtre.

Le procès-verbal de la séance du 10 janvier est adopté.

I. — Conformation et structure de quelques dents composées, par M. le professeur agrégé Retterer.

M. Retterer donne lecture de sa communication (V. p. 615).

Discussion.

M. Godon. — Je veux remercier M. le professeur Retterer des très intéressantes communications qu'il a faites cette année à la Société d'Odontologie et particulièrement à cette dernière séance. Nous lui sommes très reconnaissants de ses remarquables travaux qui éclairent d'un jour nouveau cette question de l'histologie dentaire. *(Très vifs applaudissements)*.

M. Retterer. — J'aime à travailler pour travailler. Je suis bien aise d'observer et quand j'ai observé, je maintiens et je défends les faits que j'ai bien vus. Je crois que le progrès n'est possible qu'à cette condition. A force de rabâcher toujours des choses d'après les autres, je crois qu'on n'y gagne pas grand'chose.

Comme je suis bien reçu ici et bien écouté, je me permets d'abuser de votre attention.

Le Président. — Je tiens, en mon nom personnel et comme président de la Société, à vous remercier de votre collaboration ; chaque fois que j'ai fait appel à votre concours, vous vous êtes empressé d'y répondre. C'est un plaisir et une satisfaction pour le Bureau et un grand honneur pour la Société que vous ayez bien voulu nous communiquer des travaux de cette envergure, qui feront certainement époque dans l'histologie dentaire.

M. Retterer. — Je suis bien sensible aux aimables paroles

de M. le président Godon. Il y a beau temps que vous m'avez manifesté le désir de me voir enseigner l'histologie dentaire dans votre école. Les circonstances ont retardé l'exécution de ce projet ; mais ce qui m'a fait hésiter le plus, c'est que je n'avais que des notions théoriques sur les dents et que je n'aime pas parler des choses que je ne connais pas pratiquement. Cependant les dents ont toujours eu de l'attrait pour moi. Je me souviens d'avoir montré des coupes de dent à mon maître Ch. Robin et, maintes fois, je suis revenu, depuis quarante ans, à ces recherches qui sont délicates et exigent une patience et une opiniâtreté d'ermite. Enfin, l'année dernière, j'ai été heureux de vous annoncer que je croyais être en mesure d'enseigner l'histologie dentaire à vos élèves.

Je l'ai fait cette année avec le double but de leur donner des notions claires et saines et de les préparer aux examens. De plus, continuant mes recherches sur les dents, je puis de temps en temps vous soumettre, ainsi qu'à vos confrères, les résultats que j'ai obtenus. Malgré l'aridité du sujet, vous voulez bien m'accorder votre bienveillante attention ; je vous en remercie infiniment.

M. Godon. — Et vous savez avec quel plaisir et avec quel enthousiasme nous vous avons accueilli.

II. — L'ivoire plastique, application a l'art dentaire, par M. Eilertsen.

M. Eilertsen donne lecture de sa communication (V. p. 628).

Discussion.

M. Roy. — Les spécimens que M. Eilertsen nous a fait passer sont extrêmement intéressants, mais il nous parle de l'application et je n'ai pas remarqué qu'il nous ait dit comment on employait cette substance. C'est là cependant une chose capitale. Il nous dit que c'est facile, mais il serait bien aimable de nous dire comment on l'emploie.

M. Eilertsen. — J'ai l'intention de faire une démonstration pratique. L'ivoire plastique est une combinaison de phénol et de formol qui, avant l'introduction des acides, a l'aspect d'une gelée plus ou moins épaisse ; l'incorporation des acides choisis suivant les cas fait durcir plus ou moins vite suivant le degré d'aciduité.

Ce soir, je n'ai voulu faire que de la théorie, mais si j'y avais pensé et si j'avais eu le temps suffisant, j'aurais apporté de l'ivoire plastique et des acides préparés en vue du durcissement final et fait la manipulation devant vous.

M. Roy. — Pour le faire durcir dans la bouche d'une façon pratique, si vous faites une obturation par exemple, combien de temps cela demande-t-il pour durcir ?

M. Eilertsen. — Cela est très variable : un quart d'heure en moyenne, mais il est encore friable ; il durcit tous les jours davantage pendant un certain temps, mais si on le chauffe par rayonnement avec un cautère rougi on obtient un durcissement immédiat et complet ; de même si on le fait chauffer dans un four, au bout de quelques minutes, il devient presque incassable.

L'ivoire plastique manque d'adhérence et tient surtout par la rétention ; le vernis d'ivoire plastique, plus adhérent, adhère fortement sur les surfaces poreuses, en en pénétrant les porosités, comme c'est le cas avec les appareils en vulcanise.

III. — Rapport du secrétaire général, par M. Miégeville

M. Miégeville donne lecture de son rapport (Sera publié).

Le Président. — Le rapport du secrétaire général est une sorte de cinématographe du passé. Vous voyez que nous avons travaillé le mieux possible.

Le secrétaire général fait appel aux jeunes. La plupart des auteurs de communications sont, en effet, des aînés. Lorsque j'ai adressé un appel, dans mon discours présidentiel, aux jeunes, j'ai été un peu attristé qu'il n'ait pas été entendu ; j'espère qu'il en sera autrement l'année prochaine.

Le bureau est composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et d'un secrétaire-adjoint ; tous ont terminé leur rôle, sauf le secrétaire général, encore en fonctions pour deux ans.

Je vous remercie du grand honneur que vous m'avez fait en me plaçant à la tête de votre Société ; j'ai fait de mon mieux ; je n'ai peut-être pas répondu aux promesses que j'avais faites en vous assurant des séances de démonstrations pratiques, mais j'espère que mon successeur organisera mieux ces séances.

Nous vous proposons, cette année, M. Georges Villain comme président ; MM. Dreyfus et Pailliottin comme vice-présidents et M. Ruppe comme secrétaire-adjoint.

Pour ma part, je ne suis plus candidat et je vous prie de ne pas voter pour moi, mais de reporter vos voix sur M. Georges Villain, qui a beaucoup travaillé au cours de l'année.

IV. — Election du Bureau.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

34 votants. *Président* : M. Georges Villain, 32 voix, élu ; *Vice-présidents :* MM. Pailliottin, 31 voix, élu ; Dreyfus, 27 voix, élu pour 1920-1921 ; *Secrétaire-adjoint :* M. Ruppe, 30 voix, élu.

La séance est levée à 11 heures du soir.

Le secrétaire général, V.-E. Miégeville.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (A. F. A. S.)

CONGRÈS DE STRASBOURG [1]

26-31 *juillet* 1920.

Section d'Odontologie (14e section).

(Suite.)

III. — COMMUNICATIONS ÉCRITES.

Séance du 26 juillet.

Présidence du Dr VICHOT (de Lyon), président.

La séance est ouverte à 3 heures au Lycée Fustel de Coulanges, place de la Cathédrale.

Le Président fait part des excuses de M. J. Godart, ancien sous-secrétaire d'Etat du service de Santé militaire, il rappelle ce que M. Godart a fait pour les dentistes et que ceux-ci lui doivent leur statut militaire. Sont également excusés MM. Blatter, P. Martinier, Miégeville (V.-E.) ; Dubeau (de Montréal).

I. — CONSTITUTION DU BUREAU.

Il propose de constituer un bureau composé d'un président, de deux vice-présidents. Pour l'un de ceux-ci il propose M. Blatter, qui a été l'instigateur des décrets et loi qui ont assuré la situation militaire des dentistes français et qui, à la suite de ses services, a reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Pour l'autre siège de vice-président, il propose M. Lévy, président du Comité local.

Les propositions de M. Vichot sont mises aux voix et adoptées.

M. Godon dit que M. Blatter lui a télégraphié qu'il lui était impossible de venir en raison de sa santé et de celle de sa femme et qu'il décline toute candidature. Il est d'avis de prévenir M. Blatter de la manifestation dont il a été l'objet et de nommer un vice-président effectif.

M. Vichot propose alors M. G. Villain, directeur de l'enseignement à l'Ecole dentaire de Paris, qui est nommé à main levée.

---

1. V. *Odontologie*, août, septembre et octobre 1920.

Il propose ensuite de ratifier la nomination de M. Vicat comme secrétaire général, ratification qui est mise aux voix et prononcée.

II. — Allocution du Président.

M. Vichot prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je veux d'abord remercier tous ceux qui m'ont fait l'honneur de répondre à mon invitation et de venir aujourd'hui à Strasbourg, en premier lieu notre confrère de Montréal, le Dr Charron, délégué officiel du Canada. Il n'a pas hésité à traverser l'Atlantique pour nous apporter la sympathie de ses compatriotes de la « nouvelle France », et dire de leur part, comme l'avaient fait les vaillantes troupes de ce pays, à l'appel de la France, il y a cinq ans : « Nous voilà ! », puis nos confrères, fils de l'héroïque et vaillante Belgique, qui, en 1914, malgré la puissance de l'envahisseur, s'est mise en travers de sa route ; ensuite nos confrères américains représentés par le Dr Hipwell, de l'American Dental Club of Paris ; enfin notre confrère Robinson, délégué de la British Dental Association, et M. F. Wirion, notre confrère de Luxembourg.

Messieurs, je suis également heureux de pouvoir témoigner ma reconnaissance au Comité local et à tous nos confrères d'Alsace et de Lorraine du zèle qu'ils ont déployé pour nous recevoir et de leur adresser à tous nos souhaits de cordiale bienvenue dans la grande famille professionnelle française.

Je vous remercie enfin, Messieurs et chers confrères, d'être venus si nombreux assister à notre Congrès qui, je l'espère, servira utilement la science par le nombre et l'intérêt des communications annoncées.

Depuis 6 ans nous n'avons pas eu de réunions professionnelles, sauf le Congrès dentaire interallié en novembre 1916, dont vous savez tous le succès.

Cette première réunion d'après-guerre de notre Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. est, pour beaucoup d'entre nous, une date mémorable. Ce retour dans la paix victorieuse a été une des espérances qui nous ont soutenus dans les heures difficiles où l'on donnait sans compter à la cause commune son dévouement et son abnégation.

La tradition de nos congrès annuels a été interrompue par la guerre. En 1914, au Havre, au cours des travaux de la dernière session, lorsque nous étions prêts à nous embarquer pour l'Angleterre afin d'assister au Congrès de la British Dental Association

et au Congrès dentaire international, nous vivions anxieux à la lecture des dépêches annonçant la tension générale. L'Europe était malade et bien malade ; sa courbe de température montait toujours, pas le moindre signe de défervescence, mais nous étions loin de nous douter que l'abcès formé par l'accumulation d'anciennes toxines allait crever et surtout que cette maladie durerait cinq ans.

Pendant cette longue maladie notre beau pays a connu des hauts et des bas, des alternatives de grands espoirs et de patience, mais avec une foi absolue dans le succès final. Ses pertes furent effroyables : 1.700.000 morts ou disparus, parmi lesquels notre profession figure pour une large part : nombreux sont les médecins, les stomatologistes et les chirurgiens-dentistes qui ont fait le sacrifice de leur vie sur l'autel de la Patrie, et c'est avec émotion que je salue leur mémoire !

Nous devons profiter des leçons apportées par la guerre et des progrès accomplis pendant les hostilités. Des services de stomatologie : centres d'édentés et cabinets de garnison, et des centres de chirurgie et de prothèse maxillo-faciales ont été créés par M. J. Godart et ses collaborateurs techniques. Nous devons les remercier de tout ce qu'ils ont fait pour notre profession.

Les services dentaires proprement dits : centres d'édentés et cabinets de garnison organisés par le Dr Sauvez, ont permis d'appareiller et de récupérer environ 180 à 200.000 hommes pour le service armé. Ils ont, en outre, fait connaître l'utilité et les bienfaits de l'hygiène dentaire dans tous les milieux, au grand profit de ceux qui l'ignoraient totalement. Maintenant la plupart continueront à se faire soigner et c'est à améliorer chaque jour notre art que nous devons nous employer.

Mais où les progrès ont été les plus nombreux et les plus importants, c'est en chirurgie et en prothèse maxillo-faciale ; ces deux sciences étaient presque inexistantes avant la guerre. A part les travaux de Préterre, en 1870, de Cl. Martin et de quelques prothésistes éminents, peu de praticiens avaient eu l'occasion de s'y spécialiser. On rencontrait rarement des cas justiciables de ces interventions et de ces restaurations : on n'avait à traiter que des lésions accidentelles, des tentatives de suicide ou des cas pathologiques, suites de néoplasmes, ces derniers à résultats fonctionnels douteux et éphémères. Que de chemin parcouru, quand on vit les centres de Paris, Lyon, Bordeaux, Vichy, Rennes, Marseille, Montpellier, etc,... rivaliser entre eux ! La belle ardeur déployée par les chirurgiens et les prothésistes les a rapprochés et a formé l'union profonde de ces deux spécialités.

Qui de nous ne connaît ces malheureux mutilés pour les avoir

soignés de longs mois, des années même! Que de travail, que de recherches, que d'ingéniosité et d'habileté pour arriver à leur rendre figure humaine et surtout à leur assurer les fonctions de la vie! Ce champ merveilleux d'observations et d'expériences a montré combien la collaboration du chirurgien et du prothésiste a été intime pendant la guerre et combien elle doit le rester maintenant.

Permettez-moi, au sujet de ces malheureux mutilés, de vous rappeler la merveilleuse description qu'en a faite Henri Lavedan:

« Sans vouloir établir entre les blessés des distinctions et des plus-values trop nettes selon le coup qui les a frappés et la nature de leur disgrâce, il est évident qu'entre tous ceux qui nous troublent le plus et s'imposent à notre pensée avec une force plus directe sont les grands blessés de la face. Etre blessé là, c'est, en dehors de toute conséquence physique, ce qu'il y a moralement de plus terrible et de plus beau, c'est recevoir à la fois un soufflet et un baiser, un affront et un hommage; et c'est être frappé par devant et en haut, d'une façon visible, éclatante et qui laisse après elle un signe ineffaçable, public. On ne s'appartient pour ainsi dire plus, on appartient à la blessure qui vous a transformé, qui a détruit ou atténué votre ancienne image.

» On objecte que les blessures de la face, en dépit de leur saisissant aspect, sont la plupart du temps bien moins sérieuses que celles qui ne se voient pas et qui laissent dans le corps des lésions profondes... Il est possible. Mais cependant combien de ceux qui sont affligés des premières changeraient pour les secondes. C'est que le visage est la grande coquetterie humaine, la représentation de la personne tout entière, l'expression naturelle et perfectionnée du caractère, des goûts, du rang social, le signalement continu et avantageux, ce que l'on préfère à tout en soi. Subir dans cette partie flatteuse un dommage, même léger, prend une importance sans pareille et cause une vraie tristesse empreinte d'humiliation. C'est alors seulement que se révèlent dans toute la violence de leur nécessité ces traits spéciaux et familiers pour lesquels on était si indulgent, dont on se croyait le sûr possesseur durant toute cette vie... et aussi dans l'autre, tellement il coûte à notre amour-propre d'y renoncer même après la mort.

» Sans parler des yeux qui sont les diamants de l'homme enchâssés sous son front, toutes les autres parties de la face retrouvent aussitôt sous l'outrage leur originelle splendeur, leur puissance miraculeuse, leur raison souveraine. Les joues, la bouche, les oreilles, le menton deviennent, grâce à la blessure, des espèces d'êtres dans l'être général, animés d'une vie à part, doués de qualités et d'une valeur qui leur sont propres, et c'est après qu'il

a reçu les coups et les chocs qui l'ont fendu, entamé, écrasé ou tranché que le nez, dont on n'appréciait pas assez auparavant l'intérêt capital, fait comprendre qu'il était l'orgueil, la pièce maîtresse et la proue du visage, la clef de la physionomie.

» Ah ! ces faces éclatées ! Aujourd'hui recousues, reprisées, remodelées, elles surgissent dans les foules avec leurs greffes, leurs balafres, leurs sillons, leurs traits inattendus formés par les coutures et ravinées, lacérées, bourgeonnées, grêlées par la petite vérole du feu. Les chairs cicatrisées ont beau recouvrir la plaie, elles l'évoquent. Elles nous font revoir la flamme et le fer qui l'ont causée, elles nous rappellent toutes les souffrances du champ de bataille et de l'hôpital et ces faces martyrisées nous retiennent, se gravent dans notre mémoire.

» Tandis que, rentrant dans la vie et se rétablissant vaille que vaille, elles reprennent leur même place, et n'étant plus les mêmes, nous sommes attirés vers elles par une étrange force ; nous voudrions les voir et ne pas les voir. Certaines sont si terriblement saccagées que nous ne savons quelle conduite tenir devant elles. Les regarder et les éviter constituent deux offenses différentes, mais ayant chacune sa gravité. Que souhaitent-ils ces visages à la fois honteux et fiers, qui ont acquis tous les droits ? Préfèrent-ils, repoussant toute injurieuse pitié, qu'on les observe et qu'on les scrute inexorablement ou bien qu'on se détourne d'eux ? Qu'est-ce qui leur plaît davantage : l'admiration, la sympathie, la gratitude, l'émotion douloureuse ou bien l'indifférence ? Ils ne l'avouent jamais et c'est à nous de le deviner. Tel a besoin qu'on aille à lui et qu'on l'aide, tel autre au contraire est reconnaissant qu'on le laisse et l'oublie. Eux-mêmes nous tracent notre juste et prompt devoir, selon que le calme ou l'inquiétude, la tristesse, l'orgueil, la timidité, l'amertume ou l'ombrage les possède et les anime.

» Quand nous les regardons mille pensées nous assiègent. Nous cherchons d'abord, et souvent en vain, à reconstituer l'harmonie antérieure de ces faces désordonnées et nous sommes obligés de convenir qu'elles ne pouvaient pas avoir autrefois une signification plus belle et plus claire que celle d'aujourd'hui. La blessure affreuse et brutale, en les dérangeant, leur a donné d'autres attraits.

» Les mutilés de la face forment d'ailleurs une catégorie à part et finissent par se ressembler tous comme s'ils étaient de la même famille. Ils ont une sensibilité plus fine, plus aiguë. On dirait que leur épiderme intérieur est devenu plus impressionnable depuis que celui de leur enveloppe extérieure a perdu sa délicatesse.

» Dignes, sévères, imposants, ils observent et perçoivent tout,

serrant en eux sous leur impassibilité comme sous un bandage la fièvre de leurs émotions.

» De même que les aveugles sentent, posés sur leur visage, les regards des yeux vivants, ainsi les mutilés de la face comprennent les profonds silences que cause soudain leur apparition... Il dépend de nous qu'ils l'interprètent comme il convient dans le seul esprit d'admiration et de tendresse qui doit les entourer. Ils sont les seuls qui n'ont pas besoin d'ouvrir la bouche et de raconter pour qu'on sache tout. Leur visage parle, il crie : « J'y étais ». Il est un étendard criblé, un livret où sont tracées les citations, les actions d'éclat.

» Regardons-nous donc toujours dans les faces abîmées des premiers témoins et gardons-les toujours en nous ! »

Oui, Messieurs, que ces blessures ne soient pas inutiles et pour nous qui avons vécu cette époque troublée, qu'elles nous montrent notre plus grand devoir : travailler.

Que chacun travaille dans sa sphère et la Nation est sauvée. Dans le domaine moral, élevons notre esprit, affranchissons-nous des coteries, des jugements tout faits, transportons-nous dans le Temps et dans l'Espace pour mieux comprendre et juger mieux. « Mens agitat molem » ; c'est l'esprit qui remue la matière ; tout progrès scientifique s'effectue uniquement par l'essor des énergies individuelles. La masse est, de sa nature, passive, réfractaire à tout mouvement, à tout progrès, d'où nécessité d'une élite. Cette élite, vous la constituez, vous les collaborateurs assidus de tous nos Congrès scientifiques, et nos jeunes confrères aussi qui, animés du goût des recherches, agissent en silence pour nous apporter le résultat de leurs observations.

Soyons unis, Messieurs, et comme le disait le président de la République au roi d'Angleterre, pour ceux qui revenaient du front : « Ensemble nous avons souffert, ensemble nous avons lutté, ensemble nous avons vaincu, nous sommes unis à jamais ».

Les rancunes doivent s'éteindre, les rivalités se taire. Nous devons nous regarder avec plus d'aménité et de complaisance, rester associés avec une cordiale fraternité, afin de contribuer pour notre part et dans notre milieu au triomphe des idées de liberté ordonnée, de paix garantie, de progrès éclairé et à l'avancement des sciences.

Après une année de labeur souvent âpre et aride, prenons l'habitude ou plutôt reprenons l'habitude d'apporter aux assises professionnelles annuelles tout ce que nous avons pu observer et acquérir pendant les 12 mois écoulés. C'est un travail reposant, car toute réunion scientifique représente en effet une détente, un

b'en-être, une halte, un délassement ensoleillé, une source de chaleur et de cordialité.

Notre belle et généreuse France est sortie si meurtrie et si affaiblie du conflit mondial que nous devons, chacun dans notre sphère, continuer l'union sacrée dans l'effort pour son relèvement rapide.

Excusez-moi, mes chers confrères, d'avoir retenu votre attention si longtemps ; mais permettez-moi encore de me réjouir de voir rassemblée aujourd'hui dans la belle ville de Strasbourg l'élite de tous les travailleurs de notre profession. Comme par le passé, la Section d'Odontologie de l'A. F. A. S. a réuni un grand nombre d'adhérents et d'auteurs de communications. Je suis donc assuré que le succès de cette session ne le cédera en rien à celui des sessions précédentes. Nous allons commencer nos séances, le programme est chargé ; aussi avons-nous organisé chacune d'elles dans les conditions que nous croyons les plus favorables pour en retirer tout le profit possible, en tenant compte des préférences personnelles. Laissez-moi cependant vous rappeler que, si nous voulons visiter un peu notre belle Alsace, nous devons limiter nos communications et nos discussions. Je termine en souhaitant que ce Congrès réussisse entièrement et soit pour nous dans notre vie un bon et joyeux souvenir (*Applaudissements.*)

III. — Anneau-glissière sur couronne pour maintenir dans leur axe les appareils de prothèse a petite et grande surface, par M. Prevel.

M. Prevel donne lecture de sa communication (v. p. 575, nº de novembre).

Discussion.

M. Roy considère le dispositif de M. Prevel comme avantageux, mais croit préférable de prendre l'empreinte de la bouche avec la glissière et la couronne.

M. Prevel répond qu'avant que l'appareil-base soit terminé, il pose la plaque dans la bouche pour que le système soit en rapport avec l'appareil.

M. Roy estime qu'il y a intérêt à ne sceller la couronne qu'avec l'appareil.

M. Prevel dit ne sceller la couronne que quand tout est bien en place.

M. Touvet-Fanton trouve l'appareil Prevel d'un emploi très difficile. La communication qu'il se propose de faire le lendemain comprend la partie traitée par M. Prevel. Il voudrait expliquer la forme qu'il emploie parce qu'elle est plus facile et parce que,

avec le coulé, on arrive à un résultat plus pratique. Il se sert du même procédé de description : il fait une couronne complète en or ; mais, au lieu d'une série de plaques qui s'enclavent l'une dans l'autre, il a une mortaise ; c'est, en somme, le procédé H. Villain, dans sa couronne-crochet. La question, c'est d'avoir un bon point de rétention, car c'est un coin qui entre dans l'épaisseur des tissus.

M. G. Villain fait remarquer que ces modes de rétention présentent des avantages et des inconvénients, qu'ils ont en conséquence des indications et contre-indications dont il faut tenir compte avant d'en décider l'emploi pour un cas. Dans les travaux de Préterre on voit des anneaux-glissières, qui ont disparu par la suite ; Cl. Martin les a repris, après quoi ils ont disparu de nouveau ; enfin les Américains les ont encore repris. On a vu d'abord la couronne télescope Peeso, puis l'ancrage de Roach ; ensuite celui de Smith (de Pittsburg) ; tous ces procédés dérivent du même principe.

Il tient à mettre ses confrères en garde contre le danger de certains dispositifs qui avaient été abandonnés depuis longtemps et qui sont revenus en honneur pendant la guerre, en raison des conditions particulières de stabilité des appareils qu'on dut alors exécuter comme prothèses chirurgicales ou restauratrices. En prothèse il faut chercher à respecter l'équilibre physiologique des organes empruntés pour le maintien des appareils et c'est pour cela que les dispositifs d'ancrage ne doivent pas relier les dents entre elles dans un état de rigidité trop grande.

M. Prevel a signalé les inconvénients de son procédé. Avec l'effort de mastication M. G. Villain prétend que la dent suffira ; il n'en est rien, car l'appareil donne à la dent une force qu'elle n'aurait pas. Il emploi son procédé depuis 12 ans.

M. Roy dit que M. G. Villain a signalé les inconvénients des appareils fixés trop intimement. Cette crainte existe, il est vrai, mais il ne faut pas s'illusionner, car aucun système n'est parfait. Plus un appareil sera fixe, moins il aura d'inconvénients, d'autant que, avec un dispositif comme celui-ci, on a une sorte de bridge et l'on améliore la santé de la dent. En conservant les dents le patient mange encore mieux qu'avec des dents artificielles.

M. Vichot croit être l'interprète de tous en remerciant M. Prevel du résultat de ses expériences.

(*A suivre.*)

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

Nous apprenons seulement maintenant la mort de notre confrère **Georges Groult,** sergent au 162e régiment d'infanterie, décoré de la croix de guerre, tombé à Saint-Hilaire-le-Grand, le 25 septembre 1915 dans sa 23e année.

Nous adressons à la famille de notre confrère l'expression de nos regrets et de nos condoléances.

NÉCROLOGIE

Emile Calame.

Nous avons le regret d'apprendre le décès à l'âge de 50 ans de notre confrère Emile Calame, de Besançon, D. E. D. P., membre de l'A. G. S. D. F.



Notre confrère M. F. Verdy-Labbé, membre de l'A. G. S. D. F., a eu la douleur de perdre sa mère le 27 novembre 1920, à l'âge de 56 ans.

Notre confrère M. Lelièvre, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être éprouvé par la mort de sa grand'mère, Mme veuve Janin, décédée à l'âge de 85 ans, le 21 novembre 1920.

Notre confrère M. H. de La Loge de Saint-Brisson, membre de l'A. G. S. D. F., vient d'être douloureusement éprouvé par la mort de sa mère, Mme Rebel de la Loge, décédée le 28 novembre 1920.

Cette perte atteint également notre confrère M. Félix Rebel, neveu de la défunte.



Nous adressons aux familles de nos confrères nos très sincères condoléances.

NOUVELLES

Syndicat des chirurgiens-dentistes de France.

L'Assemblée générale du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France s'est tenue le 5 décembre au Palais d'Orléans, 200, avenue du Maine, à Paris.

Un banquet amical a eu lieu à midi.

Nouveau syndicat.

Un Syndicat de chirurgiens-dentistes vient d'être fondé dans la banlieue-ouest de Paris ayant exclusivement pour but de défendre les droits et les intérêts professionnels des praticiens exerçant conformément aux règles déontologiques (Siège Social chez le président : M. Vallery, 2, rue de Verdun, Asnières, (Seine).

Livres reçus.

Nous avons reçu le premier numéro de *El Protesico dental*, revue de la corporation des mécaniciens-dentistes publiée à Buenos-Ayres.

Cliniques dentaires scolaires.

(*Allemagne.*)

La clinique dentaire scolaire de Spire a été ouverte le 1er octobre.

Une clinique du même genre sera prochainement ouverte à Solingen.

Le Conseil municipal de Friedrichroda a voté 300 marks pour l'inspection dentaire des enfants des écoles.

La clinique dentaire scolaire d'Ulm va être réouverte.

Le Conseil municipal de Greiz a décidé d'assurer les soins dentaires aux enfants des écoles.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Eugène Darcissac, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mme Emilie Benhamou, célébré le 10 novembre 1920.

Nous apprenons également le mariage de M. Henri Blot, élève à l'Ecole dentaire de Paris, avec Mlle Yvonne Neveux, célébré le 13 novembre.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris.

L'assemblée générale de la Société a eu lieu le mardi 14 décembre, à 8 h. 30 du soir, avec l'ordre du jour publié dans notre numéro de novembre.

68 membres étaient présents.

Après lecture et approbation du procès-verbal de l'assemblée générale du 9 décembre 1919, les rapports du secrétaire général et du trésorier ont été approuvés.

Le directeur de l'enseignement a rendu compte des travaux de la Commission consultative pour l'étude des réformes, nommée conformément à la décision de cette assemblée générale, ainsi que des travaux, rapports et vœux des 4 sous-commissions entre lesquelles elle s'était subdivisée, approuvés d'ailleurs dans une réunion plénière le 25 mai 1920 et transmis au Conseil d'administration pour suite à donner.

Il a été procédé ensuite aux élections pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration, qui ont donné les résultats suivants ;

Votants : 68. — Suffrages exprimés : 68. — Majorité absolue : 35.

Ont obtenu :

MM.	Bruschera,	68 voix,	élu	MM.	Geoffroy,	66 voix,	élu.
	Dupontreué	68 —	—		Bioux,	65 —	—
	Blatter,	66 —	—		Haloua,	65 —	—

MM. Housset P.,	65 voix, élu.	MM. H. Villain,	61 voix, élu.
Frinault,	62 — —	Crocé-Spinelli,	60 — —

M. G. Villain a adressé un appel pour le Congrès de l'A. F. A S. de Rouen en 1921.

L'assemblée s'est séparée à 11 heures.

Concours à l'Ecole dentaire de Paris.

Il y a lieu d'ajouter à la liste des concours annoncés dans notre numéro de novembre un concours pour un poste de chef de clinique de prothèse restauratrice, 3e mardi de mars 1920, à 20 h. 30, épreuve sur titres.

Association Générale Syndicale des Dentistes de France.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association générale syndicale des Dentistes de France aura lieu le dimanche 16 janvier 1921, à 9 heures du matin, au Siège de la Société.

Ordre du jour :

1° Correspondance.
2° Procès-verbal de l'Assemblée générale du 18 janvier 1920.
3° Rapport du Secrétaire général.
4° Rapport du Trésorier.
5° Rapport de l'Administrateur-gérant du journal *L'Odontologie.*
6° Proposition de modification de l'art. 19 du Règlement intérieur.
7° Désignation de 10 délégués pour l'élection d'un représentant au Conseil supérieur de la Mutualité.
8° Election pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration (8 membres pour Paris, 8 membres pour la province).
9° Questions et propositions diverses.

NOTA. — Le vote aura lieu à 10 heures précises.

MEMBRES SORTANTS RÉÉLIGIBLES

Paris.

1. Bioux.
2. Blatter.
3. Cernéa.
4. Debray Albert.
5. Fouques (G.).
6. Lalement.
7. G. Villain.
8. H. Villain.

Province.

1. Bouillant (L'Isle-Adam).
2. Drain (Saint-Quentin).
3. Gouthière (Nemours).
4. Mouton (Châtellerault).
5. Pierret (Dijon).
6. Pont (Lyon).
7. Rat (Poitiers).
8. Vasserot (Saint-Germain-en-Laye).

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1920.

A

B

C

N

O

P

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES ET DE LA FACE

ECOLE DENTAIRE DE PARIS.

F. D. I.

F. D. N.

GROUPEMENT DE L'E.D.P. ET DE L'A. G. S. D. F.

HYGIÈNE DENTAIRE.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

LIVRE D'OR DES DENTISTES.

Légion d'honneur à titre posthume.

MORTS POUR LA FRANCE

NÉCROLOGIE

NOUVELLES.

REVUE ANALYTIQUE

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS[1]

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.